Capaciteits
orgaan

Capaciteitsplan 2015

Beroepen Geestelijke Gezondheid

- gezondheidszorgpsycholoog
- psychotherapeut
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- verpleegkundig specialist ggz

Utrecht, juli 2015

Capaciteits
orgaan

Capaciteitsplan 2015

Beroepen Geestelijke Gezondheid

- gezondheidszorgpsycholoog
- psychotherapeut
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- verpleegkundig specialist ggz

Capaciteits
orgaan

Statutaire doelstellingen:

a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Capaciteits
orgaan

Inhoud

Capaciteits orgaan

Capaciteits orgaan

Samenvatting

Dit rapport bevat een instroomadvies van het Capaciteitsorgaan aan het ministerie van VWS en het zorgveld over het aantal instroomplaatsen in de opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz, dat jaarlijks nodig is om evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Het vorige instroomadvies van het Capaciteitsorgaan voor deze beroepen geestelijke gezondheid dateert uit 2013. Sindsdien hebben zich tal van ontwikkelingen voorgedaan op het vlak van het zorgaanbod, de zorgvraag en het werkproces, waardoor er nu over alle vijf de beroepsgroepen gezien minder instroomplaatsen nodig zijn. Deze ontwikkelingen zijn in dit rapport uitgebreid beschreven en worden hieronder beknopt toegelicht.

Zorgaanbod

Een aantal factoren binnen het zorgaanbod heeft een dempende werking op het aantal instroomplaatsen dat jaarlijks nodig is om het evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod te handhaven. Het gaat dan vooral om een verbeterd rendement van werkzame zorgverleners en opleidingen. Gediplomeerden blijven langer werkzaam in de vijf beroepen en de uitstroom uit het vak neemt daarmee af. Ook de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd draagt hieraan bij. Daarnaast werken gz-psychologen en klinisch neuropsychologen gemiddeld genomen meer uren, waardoor zij met evenveel zorgverleners een groter deel van de zorgvraag opvangen. In de opleidingen blijkt het aandeel instromers dat de opleiding afsluit met een diploma aanzienlijk hoger te liggen dan eerder aangenomen.

Ook is het aantal werkzame zorgverleners en het aantal fte dat zij werken, ten opzichte van 2012 (sterk) toegenomen voor de gz-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz. Bij de psychotherapeuten en klinisch psychologen is er sprake van een lichte daling. Naar verwachting zal de komende jaren een aanzienlijk deel van de psychotherapeuten en klinisch psychologen de arbeidsmarkt verlaten, vanwege leeftijd gerelateerde uitstroom. Ruim de helft van hen is 55-plus. In het instroomadvies voor deze beroepen zijn daarom in vergelijking met de andere beroepsgroepen, meer instromers verwerkt. Voor alle beroepen geldt: hoe hoger de leeftijdscategorie, hoe groter het aandeel mannen. De komende jaren stromen er dus in verhouding meer mannen uit dan vrouwen, wat zorgt voor verdere feminisering van de beroepen.

Het grootste deel van de gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten ggz werkt in instellingen voor gespecialiseerde ggz. De klinisch neuropsychologen zijn vooral werkzaam in de ziekenhuizen. Over de periode 2012-2015 zijn er grote verschuivingen zichtbaar over de verschillende branches. Het aantal fte aan beroepsbeoefenaren stijgt zeer sterk in de ggz-instellingen. Andere stijgingen zijn zichtbaar in de verpleeghuissector, de gehandicaptenzorg en in de ziekenhuizen. Het gaat dan hoofdzakelijk om gz-psychologen. Het aantal fte loopt sterk terug in de forensische zorg en bij de vrijgevestigde praktijken, met uitzondering voor de klinisch neuropsycholoog.

Zorgvraag

In algemene zin kan vastgesteld worden dat zorgvraag stuwende factoren, zoals demografie, epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en de onvervulde vraag, aan kracht verliezen. Hierdoor treedt stabilisatie van de zorgvraag op. Hieronder wordt kort op elk van deze factoren ingegaan.

Capaciteits orgaan

De groei en vergrijzing van de bevolking leidt voor de beroepsgroepen die relatief veel oudere patiënten behandelen (klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz) nog tot een (geringe) groei van de zorgvraag. Voor de gz-psycholoog en klinisch psycholoog treedt op demografisch vlak stabilisatie op. De patiëntenpopulatie van de psychotherapeut krimpt sterk, door de terugloop van het aantal 20 t/m 65-jarigen. Epidemiologische ontwikkelingen die tot een nieuwe aanwas van de zorgvraag leiden zijn niet aan de orde.

Sociaal-culturele ontwikkelingen die het zorgvraaggedrag beïnvloeden, doen zich voornamelijk voor in de ggz. Op 1 januari 2014 is in de ggz, waar het merendeel van de beroepsbeoefenaren werkzaam is, een stelselwijziging ingevoerd, waarbij de generalistische basis ggz is geïntroduceerd en de huisartsenzorg versterkt wordt (POH-ggz). Op 1 januari 2015 is de financiering van de jeugdzorg en de jeugd ggz (nu jeugdhulp) gedecentraliseerd. Deze structuuraanpassingen hebben als doel dat patiënten tijdig en op de juiste plek zorg krijgen. De verwachting is dat er een verschuiving van patiënten optreedt van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichtbij huis. Van de organisatievorm die hiervoor is opgezet, zoals de inzet van de POH-ggz en de wijkteams kan een drempelverlagend effect uitgaan, dat kan leiden tot een stuwing van de zorgvraag. De komende jaren zal blijken in hoeverre dit effect zich voordoet. Voor alle beroepsgroepen geldt dat zij de komende jaren te maken krijgen met een tendens om toe te groeien naar een nieuwe definitie van gezondheid. De focus verschuift van gezondheid als een toestand van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden[1] naar gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven[2]. Monitoring van deze sociaal-culturele ontwikkelingen is een aandachtspunt voor de opstelling van een volgende instroomadvies.

De onvervulde vraag, uitgedrukt in het aandeel vacatures op het totaal aantal werkzamen per beroepsgroep, bevestigt de vraagstabilisatie. Alleen voor de klinisch psycholoog zijn er relatief veel vacatures. Voor de andere beroepsgroepen is de vacaturegraad gemiddeld tot nihil. Zorgaanbieders geven aan de meeste moeite te hebben met het invullen van vacatures voor klinisch (neuro)psychologen. Bij de invulling van vacatures spelen ook regionale en branche specifieke factoren een rol, waardoor de onvervulde vraag tussen zorgaanbieders uiteenloopt. Ook met de huidige bijstelling van het instroomadvies, blijven er voldoende opleidelingen tot klinisch psycholoog in de pijplijn, om in de toekomst te voldoen aan de zorgvraag.

Werkproces

Het werkveld van de geestelijke gezondheid is momenteel sterk in beweging, onder andere door de stelselwijziging, ambulantisering, de focus op professionalisering/kwaliteit en de discussie over het hoofd-/regiebehandelaarschap[3]. De beroepsgroepen en branches verwachten dat deze ontwikkelingen een stimulerend effect zullen hebben op de benodigde inzet van de vijf beroepsgroepen geestelijke gezondheid, doordat taken naar hen verschuiven vanuit andere beroepen. Men voorziet dat zorgverzekeraars meer zullen aansturen op de inzet van BIG-geregistreerden. De beroepsgroepen en branches verwachten onder andere taakverschuivingen vanuit de masterpsychologen, (ortho)pedagogen, vak- en sociotherapeuten, verslavingsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters, artsen in ziekenhuizen, revalidatieartsen, huisartsen,

[1] WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York.
[2] Huber (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.
[3] Zie §1.3.1. punt 6.

therapeuten en agogen. Voor de verpleegkundig specialist ggz worden de meest omvangrijke en langdurige taakverschuivingen verwacht.

Daarnaast voorzien beroepsgroepen en branches dat er meer zorgverleners nodig zijn, doordat vakinhoudelijke ontwikkelingen zoals protocollair werken en blended therapy meer tijd in beslag nemen. Verder gaan toenemende administratieve verplichtingen ten koste van de efficiency, waardoor er meer inzet van psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen nodig is. Ook wordt er meer in eigen tijd gewerkt.

Overwegingen

Er zijn twee oorzaken waarom enkele waarden, zoals het extern en intern rendement, anders uitvallen dan bij de vorige raming. Ten eerste zijn aannames die ten grondslag lagen aan de raming van 2013 grotendeels vervangen door feitelijke informatie uit onderzoeken of van registratieorganen. Daarnaast stijgen de rendementen doordat zorgverleners (in opleiding) onder invloed van de vele veranderingen in het zorgveld en aanhoudende onzekerheid omtrent de economie en arbeidsmarkt, minder snel overstappen naar een andere professie of opleiding. Zorgverleners kiezen daarnaast bewust om voorlopig niet minder uren te gaan werken, vaak ook met oog op de baanzekerheid van een partner. Het is mogelijk dat waarden zoals extern rendement, intern rendement, uitstroom, onvervulde vraag en het gemiddeld aantal fte hierdoor beïnvloed worden.

Het merendeel van de parameterwaarden is gebaseerd op onderzoeken en vakliteratuur. Voor het vaststellen van de werkprocesparameters is gebruik gemaakt van expertinschattingen. Deze expertinschattingen hebben een sterk stuwend effect gehad op het instroomadvies, onder andere op het vlak van vakinhoudelijke ontwikkelingen en taakverschuivingen vanuit andere beroepen dan de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Mogelijk schatten experts de toekomstige inzet van zorgverleners op dit vlak momenteel hoger in vanuit kansen die zij zien in de actuele veranderingen in het veld, zoals de discussie omtrent het hoofdbehandelaarschap[4] en de stelselwijziging. In hoeverre deze inschattingen realistisch zijn, is nog onduidelijk. Tijdens het volgende ramingstraject zal hier verder onderzoek naar gedaan worden.

Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en het zorgveld om het jaarlijks aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen de bandbreedte die wordt weergegeven in tabel 1. Een jaarlijks aantal instromers binnen de bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om toekomstige tekorten of overschotten aan zorgverleners te voorkomen.

---

[4] De meeste zorgaanbieders veronderstelden eind 2014 - begin 2015 dat de klinisch psychologen, psychiaters en de psychotherapeuten als hoofdbehandelaars zouden worden aangeduid in de gespecialiseerde ggz. Deze verwachtingen hebben op twee manieren invloed gehad op het huidige instroomadvies. Ten eerste hadden deze verwachtingen tot gevolg dat zorgaanbieders voor de omvang en samenstelling van hun behandelformatie voorsorteerden op het hoofdbehandelaarschap, hetgeen een stuwend effect had op de vraag naar deze beroepsgroepen. Daarnaast speelden deze verwachtingen ook een rol bij de expertinschattingen. Zie ook §1.3.1. punt 6.

Capaciteits
orgaan

Het Capaciteitsorgaan heeft daarnaast een voorkeursadvies geformuleerd voor het aantal instroomplaatsen dat het best passend is om in de toekomst (2027) een evenwicht te bereiken tussen zorgvraag en -aanbod op de arbeidsmarkt. Het voorkeursadvies voor de gz-psycholoog betreft **524** instroomplaatsen, voor de psychotherapeut **198** plaatsen, voor de klinisch psycholoog **226** plaatsen, voor de klinisch neuropsycholoog **22** plaatsen en voor de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz **86** plaatsen.

Tabel 1: Instroomadvies: het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid

	Bandbreedte instroomadvies 2015*		Voorkeurs-advies 2015	Voorkeurs-advies 2013
Gz-psycholoog	**524**	610	524	585
Psychotherapeut	**198**	224	198	271
Klinisch psycholoog	**226**	255	226	245
Klinisch neuropsycholoog	**22**	27	22	20
Verpleegkundig specialist ggz (3-jarige opleiding)**	48	**86**	86	87

** Het instroomadvies is dikgedrukt.*
*** Het instroomadvies is gecorrigeerd voor de instroom in de tweejarige opleiding.*

1 Inleiding

Dit Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid 2015 bevat het instroomadvies voor de erkende (vervolg)opleidingen voor de beroepen geestelijke gezondheid en alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van dit advies. Het betreft de beroepen: gezondheidszorg (gz-)psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz. Het instroomadvies heeft betrekking op de jaarlijkse instroom in de opleidingen voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid voor de periode 2017 t/m 2027. Het instroomadvies wordt uitgebracht op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Gewoonlijk is een capaciteitsplan, in de vorm van een deelrapport, onderdeel van het integrale Capaciteitsplan, dat behalve het instroomadvies voor de beroepen geestelijke gezondheid ook instroomadviezen bevat voor de 30 klinische (technologische) specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen en orthodontisten), de specialisten ouderengeneeskunde, de sociale geneeskunde en de artsen voor verstandelijk gehandicapten. Het capaciteitsplan voor deze beroepen wordt uitgebracht in 2016. Dit Capaciteitsplan voor de beroepen geestelijke gezondheid is in verband met de ontwikkelingen die een uitvloeisel zijn van het bestuurlijk akkoord ggz 2014-2017 en in verband met de afbakening van het hoofdbehandelaarschap[5] op verzoek van de minister van VWS een jaar eerder opgesteld.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsplan zijn:

a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het orgaan een advies uit over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op den duur zelfs te voorkomen.
Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

[5] Zie §1.3.1. punt 6.

Capaciteits orgaan

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, acht door de opleidingsinstellingen en acht door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Ontwikkeling en taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over, en ramingen van de benodigde instroom in, andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroepen van de tandartsen en de mondhygiënisten te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Dit was een logisch advies omdat het Capaciteitsorgaan reeds sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in de betreffende opleidingen.
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Medio 2012 heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht deze beroepen structureel te gaan ramen. Het jaar daarop is, als onderdeel van het Capaciteitsplan 2013, deelrapport 7 verschenen met een instroomadvies voor de betreffende beroepen.
- In 2014 verscheen de eerste raming van de opleidingen die vallen onder het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO). Daaropvolgend heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht om ook deze opleidingen structureel te ramen.

1.3 Discipline specifieke aandachtspunten

1.3.1 Stand van zaken aandachtspunten raming 2013

In het instroomadvies van 2013 is een zestal aandachtspunten beschreven die relevant zijn voor de totstandkoming van het volgende Capaciteitsplan. Deze aandachtspunten staan hieronder vermeld en zijn voorzien van een toelichting die zicht geeft op de stand van zaken en op de wijze waarop dit Capaciteitsplan 2015 hierop heeft "ingespeeld". Bij 1.3.2 zijn de aandachtspunten beschreven voor de periode volgend op de publicatie van dit Capaciteitsplan (2015).

1 Een adequate registratie van de opleidelingen. De betrokken beroepsverenigingen hebben het initiatief genomen voor een hernieuwde registratie.

   Stand van zaken: De registratie van de opleidelingen psychologische beroepen is per 1 januari 2014 overgegaan van het CONO naar de FGzPt[6]. Het betreft registratie van de opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog en psychotherapeut. De registratiegegevens over het jaar 2014 zijn naar de maatstaven die het Capaciteitsorgaan heeft opgesteld, in goede orde aangeleverd. De registratie van opleidelingen verpleegkundig specialisten ggz, zowel voor de categorale opleiding als de opleiding bij de hogescholen, is nog niet definitief belegd.

[6] De naam FGzP is per september 2014, met de toetreding van de NVP tot deze federatie gewijzigd in FGzPt.

Voor de raming van 2015 zijn gegevens opgevraagd bij het opleidingsregister van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) dat administratief en bedrijfsmatig ondersteund wordt door de V&VN. Wanneer informatie (nog) niet beschikbaar was bij de registratieorganen is deze opgevraagd bij de opleidingsinstellingen. Zo is voor de berekening van het intern rendement voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz gebruik gemaakt van gegevens van de hogescholen en van de categorale opleiding[7]. Ook voor de instroomaantallen in de categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is voor de jaren 2009 t/m 2012 gebruik gemaakt van de cijfers van de opleidingsinstelling. Tenslotte zijn de gegevens van het verkorte driejarige opleidingstraject tot psychotherapeut van de opleidingsinstellingen verkregen.

2 Onzekerheid bestaat over het aantal masterpsychologen en –pedagogen en de wijze waarop zij door zorgaanbieders worden ingezet. Er is een onderzoeksvoorstel uitgewerkt om zicht te krijgen op de verhouding van en eventuele veranderingen in het aantal de master-psychologen en -pedagogen, de gz-psychologen en eventueel de klinisch (neu-ro)psychologen en verdeling van hun werkzaamheden. Dit onderzoeksvoorstel is inmiddels in uitvoering genomen. De onderzoeksuitkomsten zullen beschikbaar zijn voor het volgend instroomadvies.

Stand van zaken: Het onderzoeksrapport is opgeleverd[8]. De Begeleidingscommissie heeft ingestemd met de onderzoeksuitkomsten. De onderzoeksuitkomsten zijn verwerkt in het Capaciteitsplan 2015.

3 De gevolgen van de verschuivingen van het zorgvraagvolume tussen de nieuw afgesproken echelons in de ggz (huisarts, generalistische basis ggz (gb-ggz) en gespecialiseerde ggz (g-ggz)). Ook dit onderwerp is uitgewerkt in een onderzoeksvoorstel en is inmiddels in uitvoering genomen. De onderzoeksuitkomsten zullen beschikbaar zijn voor een volgend instroomadvies.

Stand van zaken: Het onderzoeksrapport is opgeleverd[9]. De Begeleidingscommissie heeft ingestemd met de onderzoeksuitkomsten. De onderzoeksuitkomsten zijn verwerkt in het Capaciteitsplan 2015.

4 Er is een onderzoeksvoorstel in voorbereiding dat meer inzicht biedt in de parameters "werkproces".

Stand van zaken: Het onderzoeksrapport is opgeleverd[10]. De Begeleidingscommissie heeft ingestemd met de onderzoeksuitkomsten. De onderzoeksuitkomsten zijn verwerkt in het Capaciteitsplan 2015.

[7] Het instroomadvies betreft alleen de benodigde instroom in de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Het instroomadvies komt echter tot stand op basis van een raming voor de ontwikkeling van de totale beroepsgroep, welke onder andere beïnvloed wordt door instroom vanuit de tweejarige hogeschoolopleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Om deze reden maakt ook informatie over de tweejarige opleiding deel uit van de raming.
[8] Nivel(2014). Niet BIG-geregistreerde psychologen en(ortho)pedagogen. Utrecht.
[9] Nivel (2014). Verschuivingen van de 2[e] lijns geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn en de gevolgen daarvan voor de benodigde beroepsbeoefenaren: 2009-2012. Utrecht.
[10] KPMG Plexus(2014). Onderzoek naar de verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG. Amstelveen.

5 Meer onderzoek is nodig naar de ontwikkelingen van de onvervulde vraag, zodat deze inzichtelijker kan worden gemaakt. Het is onvoldoende duidelijk of en in welke mate veranderingen in de wachtlijsten en de vacatures in de pas lopen met de parameterwaarden. Veranderingen in wachtlijsten en vacatures geven wellicht een grotere onvervulde vraag weer dan nu door de parameterwaarden onvervulde vraag wordt uitgedrukt. Beoogd wordt een verdieping van het inzicht in de volumeontwikkeling van de onvervulde vraag, gedifferentieerd naar branche aan te brengen. Een onderzoeksvoorstel zal op korte termijn opgesteld worden en beschikbaar zijn voor het volgend instroomadvies.

Stand van zaken: Het onderzoeksrapport is opgeleverd[11]. De onderzoeksresultaten zijn verwerkt in het Capaciteitsplan 2015.

6 Ook zijn de gevolgen van een nog tot stand te komen (overheids-)besluit over hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz nog niet helder. Onzekerheid bestaat ook over de gevolgen voor het aantal opleidingsplaatsen in verband met het nog tot stand te komen (overheids-)besluit over de definitie van het begrip hoofdbehandelaar. Die ontwikkelingen zullen nauwgezet gevolgd worden, zodat de consequenties, zoals verschuivingen van het zorgvraagvolume, adequaat ingevoegd kunnen worden in het volgende instroomadvies.

Stand van zaken: Op verzoek van het Capaciteitsorgaan heeft DBC-Onderhoud een analyse uitgevoerd op basis van de dbc-data 2012[12] resp. 2013[13] als ware in dat jaar voor een aantal beroepen in de gespecialiseerde ggz het hoofdbehandelaarschap, inclusief een norm minimale contacttijd, ingevoerd. Deze analyse geeft, uitgewerkt in een aantal scenario's, een richting aan voor het benodigd aantal fte's hoofdbehandelaar.
Op het moment van de dataverzameling (eind 2014 - begin 2015) voor de waardebepaling van de werkprocesparameters voor het huidige instroomadvies, was het advies van de commissie Meurs nog niet bekend. De meeste zorgaanbieders veronderstelden in deze periode dat de klinisch psychologen, psychiaters en de psychotherapeuten als hoofdbehandelaars zouden worden aangeduid in de gespecialiseerde ggz. Deze verwachtingen hebben op twee manieren invloed gehad op het huidige instroomadvies. Ten eerste hadden deze verwachtingen tot gevolg dat zorgaanbieders voor de omvang en samenstelling van hun behandelformatie voorsorteerden op het hoofdbehandelaarschap, hetgeen een stuwend effect had op de vraag naar deze beroepsgroepen. Daarnaast speelden deze verwachtingen ook een rol bij de expertinschattingen.
Ten tijde van de afronding van dit rapport (medio mei 2015) is het advies van de commissie Meurs, en de reactie van de minister daarop, bekend. De minister stemt op hoofdlijnen in met het advies van de commissie Meurs. In dat advies stelt de commissie voor het concept hoofdbehandelaarschap niet langer te hanteren, maar over te gaan op het concept van regiebehandelaar. Dit concept zal uitgewerkt worden in een kwaliteitsstatuut, waarover zorgaanbieders vanaf 1 januari 2017 moeten beschikken. De minister heeft de NZa gevraagd om de huidige regels met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap met een jaar te verlengen om 2016 te overbruggen[14].

---

[11] Kiwa Carity (2015). Tekorten aan GZ-professionals. Utrecht
[12] DBC-Onderhoud (2014). Effect van eisen aan Hoofdbehandelaarschap in de ggz. Utrecht.
[13] DBC-Onderhoud (2015). Effect van eisen aan Hoofdbehandelaarschap in de ggz over het jaar 2013. Utrecht.
[14] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (18-05-2015). Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz.

1.3.2 Aandachtspunten volgende raming

Onderstaande ontwikkelingen worden nauwgezet gevolgd in de aanloop naar de totstandkoming van het volgende Capaciteitsplan. Waar relevant, worden deze aandachtspunten verwerkt in het volgende instroomadvies.

1. Per 1 januari 2014 is de ggz omgevormd naar een stelsel met een generalistische basis ggz (gb-ggz), een gespecialiseerde ggz (g-ggz) en een versterkte positie van de huisarts. De eerste gevolgen van deze hervorming op de zorgvraag werden in de loop van 2014 en begin 2015 zichtbaar. Van een stabilisatie van de situatie is echter nog geen sprake. De gevolgen van de stelselwijziging worden gemonitord.

2. Vanaf 2017 zijn zorgaanbieders in de ggz verplicht om over een kwaliteitsstatuut te beschikken[15] en worden de gevolgen van het advies van de Commissie Meurs met betrekking tot het regiebehandelaarschap zichtbaar in de zorgvraag van (vooraleerst) de gespecialiseerde ggz. Het Capaciteitsorgaan zal de consequenties van de invoering van het concept regiebehandelaar nauwgezet volgen, zodat deze onderdeel uit kunnen maken van een volgend instroomadvies.

3. Per 1 januari 2015 is de Jeugdwet ingevoerd. Hiermee verschuift de zorginkoop van jeugdhulp naar de gemeenten. De komende drie jaar vindt registratie van zorgverbruik nog vooral plaats binnen dbc-dis. Zodra dat voor gemeenten mogelijk is, kunnen zij overstappen op een ander registratiesysteem. Het is nog onduidelijk welk effect de invoering van de Jeugdwet precies zal hebben op de zorgvraag en hoe de registratie van zorgverbruik er in de toekomst uit zal zien.

4. In juni 2012 verscheen het Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014. In vervolg op dit akkoord hebben de samenwerkende partijen nieuwe afspraken gemaakt over de geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2014-2017. Halverwege 2015 kent het akkoord een onzekere status. Het Capaciteitsorgaan volgt in hoeverre het akkoord de komende jaren invloed heeft op de raming van beroepen voor de geestelijke gezondheidszorg.

5. Een onzekere factor in het verdisconteren van het aantal instromers in de tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist ggz aan de hogescholen in het instroomadvies voor de driejarige categorale GGZ-VS opleiding, is dat het voor studenten aan de tweejarige opleiding mogelijk is om gedurende de opleiding te wisselen van specialisme. Door het generalistische karakter van de tweejarige opleidingen aan de hogescholen kan ook na de opleiding, derhalve na het volgen van een aanvullend scholingsprogramma, gewisseld worden van specialisme. Door deze (tussentijdse) uitval, kan het uiteindelijk aantal gediplomeerden (in een onvoorspelbare omvang) afwijken van verwachtingen op basis van de instroom.

[15] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (18-05-2015). Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz.

6 Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken start in 2015 een verkorte opleiding tot klinisch psycholoog. De opleiding duurt 2,5 jaar in plaats van de gebruikelijke 4 jaar[16]. Vanaf 2015 is het voor psychotherapeuten die uiteindelijk de opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog willen gaan volgen, ook mogelijk om een verkorte opleiding van één jaar tot gz-psycholoog te volgen.

7 Het merendeel van de parameterwaarden is gebaseerd op onderzoeken en vakliteratuur. Voor het vaststellen van de werkprocesparameters is gebruik gemaakt van expertinschattingen. Het volgende ramingstraject wordt deze onderzoeksmethodiek op basis van opgedane ervaringen aangescherpt en vindt verdere verkenning plaats van andere methoden voor het in kaart brengen van de werkprocesparameters. Ook in de kwantitatieve onderzoeken blijft continue aandacht voor betrouwbaarheid en validiteit.

1.4 Indeling van dit rapport

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de vijf beroepen geestelijke gezondheid innemen in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aangrenzende beroepen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de benodigde instroom in de erkende (vervolg)**opleidingen**. Daarom staat het hoofdstuk over de opleidingen met een overzicht van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de gerealiseerde instroom in de erkende (vervolg)opleidingen in de beroepen geestelijke gezondheid tot nu toe. De adviezen van het Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding vanaf 2009 komen ook aan de orde. Verder vindt hier de vaststelling van de parameters plaats: instroom tot 2015, gemiddelde instroom, verwachte instroom vanaf 2017, het percentage vrouwen in opleiding, de opleidingsduur en het intern rendement van de opleidingen.

In de volgende drie hoofdstukken worden de ontwikkelingen in drie verschillende onderdelen van het model (zie bijlage 1) van het Capaciteitsorgaan uiteengezet.
Hoofdstuk 4 raamt de verwachte omvang van de **zorgvraag** in fte's. Zoveel mogelijk wordt rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook de eventuele onvervulde vraag wordt in de raming betrokken.
Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in de evenwichtsjaren van deze raming, 2027 en 2033, (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe de beroepsgroepen zich hebben ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's.

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk 6, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft fte's beroepsbeoefenaar gecorrigeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, efficiency en horizontale en verticale taakverschuiving.

Hoofdstuk 7 beschrijft een aantal **varianten** op grond waarvan een advieskeuze wordt geformuleerd. Op basis van de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal varianten opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen.

---

[16] RINO Groep (2014). Verkorte KP-opleiding voor PT. Geraadpleegd op 05-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/opleiding.asp?PageID=129&ID=3&pagePart=Variant%5F3%5FInfo&pagesearchedfor=

Hoofdstuk 8 inventariseert tenslotte de belangrijkste macro-ontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de belangrijkste varianten. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden aan als finaal **instroomadvies** aan de minister van VWS. Hierover is consensus bereikt in de Begeleidingscommissie. Het Capaciteitsplan 2015 is vervolgens vastgesteld in het Plenair Orgaan van het Capaciteitsorgaan.

Capaciteits orgaan

2 Overzicht beroepen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de posities van de gezondheidszorg (gz-)psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist ggz in beeld gebracht. Deze beroepen worden door het Capaciteitsorgaan aangeduid als 'beroepen geestelijke gezondheid'. De raming voor de beroepsgroep van psychiater is onderdeel van het instroomadvies Medisch Specialisten.

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) vormt het wettelijke kader voor de regeling van beroepen in de gezondheidszorg met als doelstelling de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De wet BIG onderscheidt in artikel 3 twee zogenaamde basisberoepen: gz-psycholoog en psychotherapeut. De gz-psycholoog kan zich door middel van een vervolgopleiding specialiseren tot klinisch neuropsycholoog of klinisch psycholoog. In de wet BIG vallen deze beroepen onder artikel 14. Daarnaast is er in de wet BIG nog één voor dit deelrapport relevant specialisme in het verpleegkundig beroep: de verpleegkundig specialist ggz. Ook dit beroep valt onder artikel 14 van de wet BIG.

In het navolgende zullen deze vijf beroepen geestelijke gezondheid uitvoeriger besproken worden. Een overzicht van de verschillende opleidingstrajecten is te vinden in paragraaf 3.2. In paragraaf 5.3.5 is te lezen in welke (sub)branches de verschillende beroepsbeoefenaren werkzaam zijn.

Gz-psycholoog

Het beroep bestaat officieel sinds 1998 toen het is opgenomen in artikel 3 van de wet BIG. Tot het gebied van deskundigheid van de gz-psycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand[17]. De gz-psycholoog verricht generalistische psychodiagnostiek, indicatiestelling en behandeling. Het bijbehorende repertoire van behandelmethoden is breed en divers, gebaseerd op de wetenschapsgebieden van de orthopedagogiek en psychologie.

Psychotherapeut

Vooruitlopend op de wet BIG werd in 1986 een overheidsregister voor psychotherapeuten ingesteld met een bijbehorende overgangsregeling voor inschrijving in de wet BIG. Sinds 1998 is het beroep binnen de wet BIG (art. 3) erkend en is de titel psychotherapeut beschermd. Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het, volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden, beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen[18]. Hierbij kan de psychotherapeut persoons- maar ook klachtgericht werken en heeft daarbij oog voor zowel het individu als het betrokken systeem van gezin, groep of bedrijf. De psychotherapie kent een lange geschiedenis, maar de titel psychotherapeut kwam pas rond de jaren zestig van de vorige eeuw in gebruik.

---

[17] Art. 25 Wet BIG. Bepalingen inzake de beroepen. Geraadpleegd op 07-11-2014, van http://maxius.nl/wet-op-de-beroepen-in-de-individuele-gezondheidszorg/hoofdstuk3/afdeling1/paragraaf4.
[18] Art. 27 Wet BIG. Bepalingen inzake de beroepen. Geraadpleegd op 07-11-2014, van http://maxius.nl/wet-op-de-beroepen-in-de-individuele-gezondheidszorg/hoofdstuk3/afdeling1/paragraaf5.

Klinisch psycholoog
De klinische psychologie is in 2005 erkend als specialisme van de gezondheidszorgpsychologie. De titel 'klinisch psycholoog' is sinds 2006 wettelijk beschermd[19]. De klinisch psycholoog is deskundig op het gebied van diagnostiek en behandeling – waaronder psychotherapie – van complexe vormen van psychopathologie, die meerdere domeinen van functioneren betreffen. Daarnaast heeft de klinisch psycholoog vaardigheden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing.

Klinisch neuropsycholoog
Het specialisme is in 2008 erkend als tweede specialisme binnen de gezondheidszorgpsychologie. De titel 'klinisch neuropsycholoog' is sinds 2009 wettelijk beschermd. Het deskundigheidsgebied van de klinisch neuropsycholoog omvat de diagnostiek, voorlichting, begeleiding en behandeling van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersendisfuncties, alsmede wetenschappelijk onderzoek, zorginnovatie en zorgmanagement op dit terrein[20].

Verpleegkundig specialist ggz
Vanaf juni 2009 is de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundig specialist ggz) erkend als specialisme in de wet BIG (art. 14) en daarmee beschermd als beroepstitel[21]. Tot het gebied van deskundigheid wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische handelingen betrekking hebbend op de preventie, (spoedeisende) behandeling, begeleiding en ondersteuning van patiënten met psychische stoornissen[22]. De verpleegkundig specialist ggz gaat zelfstandig een behandelrelatie aan met patiënten en bepaalt binnen haar/zijn deskundigheidsgebied welke interventies worden toegepast. Tot haar/zijn takenpakket behoren verder kwaliteitsverbetering, innovatie en onderzoek.
Sinds 1 januari 2012 is er een (tijdelijke) wetswijziging van kracht die bepaalt dat verpleegkundig specialisten ggz zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen[23] mogen indiceren en uitvoeren. Dit houdt praktisch gezien in dat bepaalde taken structureel van bijvoorbeeld een psychiater naar een verpleegkundig specialist ggz kunnen worden overgedragen.

De functie verpleegkundig specialist ggz bestond al voor 2009. Vanaf 1998 werden er al verpleegkundig specialisten voor de ggz opgeleid via een driejarige opleiding. In 2009 verwierf deze opleiding de onderwijsgraad Masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP)[24]. Dit was één van de eisen om te worden erkend als opleiding tot het beroep van verpleegkundig specialist ggz. Vóór 2009 werkten er ook Nurse Practitioners (NP's) in de ggz, opgeleid door de hogescholen. Een klein deel van de NP's was ook in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam. Deze NP's konden zich tot 1 juli 2012 via een overgangsregeling inschrijven in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). Iedereen die na 2006 een van deze twee opleidingen heeft gevolgd, mag zich direct inschrijven in het VSR en dus ook deze beschermde beroepstitel dragen.

---

[19] FGzPt. Klinisch psychologen. Geraadpleegd op 20-05-2015, van http://www.fgzpt.nl/.
[20] In artikel 2 van het besluit specialisme klinische neuropsychologie, Stcrt . 2008, 96.
[21] Daarnaast zijn er nog vier andere verpleegkundige specialismen voor specifiek somatische aandoeningen, t.w. acute-, chronische -, intensieve - en preventieve zorg. Voor de geestelijke gezondheidszorg is deze onderverdeling niet van toepassing.
[22] Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg, artikel 2. Staatscourant, 05-06-2009.
[23] Defibrilleren, injecties en puncties geven en het voorschrijven van UR (uitsluitend recept) geneesmiddelen. Zie: Staatsblad 2011, 659.
[24] NVAO (2009). Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP ggz.

2.2 Overzicht aangrenzende beroepen en functies

Weliswaar staan de vijf BIG-beroepen geestelijke gezondheid in deze raming centraal, maar daarnaast wordt ook kort stil gestaan bij enkele belangrijke aangrenzende beroepen en functies, waarmee wellicht gedeeltelijke taakherschikking kan plaatsvinden, nu of in de toekomst. De geschetste beroepen en functies bevinden zich in dezelfde werkvelden als de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Het betreft echter geen volledige opsomming.

Allereerst de **huisarts**[25] die het eerste aanspreekpunt is voor mensen met psychische klachten. De huisarts zet in eerste instantie zelf de behandeling in waarbij het voorkómen van medicalisering, preventie van psychische stoornissen en het bevorderen van zelfredzaamheid een grote rol spelen[26]. De huisarts werkt steeds vaker met een **Praktijkondersteuner Huisarts (POH) ggz** die zich richt op informatieverstrekking, preventie en/of kortdurende behandeling van simpele klachten[27]. Het aantal huisartsen dat met een POH-ggz werkt is aan het einde van het eerste half jaar van 2014 gestegen naar 70%. Dat is 10% meer dan in 2013[28]. De functie van POH-ggz wordt ingevuld door diverse beroepsgroepen, waaronder SPV'ers, maatschappelijk werkers en masterpsychologen[29].

Een andere aangrenzende beroepsgroep is de **psychiater.** Dit is een arts die zich na de studie geneeskunde verder heeft gespecialiseerd in het geneeskundige specialisme psychiatrie[30]. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater zowel de therapeutische relatie als technieken die de verstoring opheffen, of de gevolgen daarvan verzachten. Daarnaast maakt de psychiater ook gebruik van psychofarmacologische behandelingen. Een deel van de psychiaters heeft ook een registratie als psychotherapeut, mede omdat ten tijde van de overgangsregeling alle psychiaters zich óók konden registreren als psychotherapeut. Tegenwoordig kunnen psychiaters zich na hun opleiding alleen als psychotherapeut laten registreren als zij zich tijdens hun opleiding specifiek laten scholen in dit kennisgebied.

Eveneens een aangrenzend functie is die van de **Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)**. Dit is een verpleegkundige die zich richt op patiëntenzorg en op systemen met ernstige psychiatrische en/of psychische problematiek. De SPV'er is inzetbaar op het gebied van eclectische therapeutische activiteiten, zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeembenadering, in beginsel voor alle doelgroepen. Daarnaast beschikt de SPV'er over vaardigheden op het gebied van coaching en consultatie. Hiermee is de SPV'er een gespecialiseerde verpleegkundige binnen de verpleegkunde conform artikel 3 van de wet BIG, maar geen verpleegkundig specialist ggz.

---

[25] De huisarts is een geneeskundig specialist, ingeschreven in het specialistenregister voor Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC). Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroep, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Meer informatie over dit beroep is te vinden in deelrapport 2 van het Capaciteitsplan 2013.

[26] NHG (2008). NHG-standpunten toekomstvisie, ggz in de huisartsenzorg. Geraadpleegd op 19-10-2012. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm

[27] Verhaak, P., Van Beljouw I., Ten Have J. (2010) De opmars van de POH-ggz. Tijdschrift voor praktijkondersteuning 2010, nummer 5: 130-134.

[28] KPMG Plexus (2014). Monitor Generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2014.

[29] Gesprek met Landelijke Vereniging POH-ggz (14-01-2015).

[30] Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroep, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Meer informatie over de psychiater is te vinden deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2013 over de medisch – en klinisch technologische specialisten.

Ook zijn er nog verschillende groepen behandelend **artsen** die relatief vaak te maken hebben met patiënten met psychische klachten[31]. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dit de artsen verstandelijk gehandicapten, in de ouderenzorg de specialisten ouderengeneeskunde, in de verslavingszorg de verslavingsartsen en in de ziekenhuissector onder meer revalidatieartsen, kinderartsen en klinisch geriaters. Deze artsen werken, bij psychische klachten, vaak samen met de gz-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog en orthopedagoog.

Verder werkt een groot aantal WO-opgeleide psychologen, **masterpsychologen** genoemd, **geestelijk gezondheidskundigen** (nu masters Mental Health) en **(ortho)pedagogen** naast de BIG-geregistreerden in de gezondheidszorg. Zij werken in de jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz), de jeugdgezondheidszorg, (jong)volwassenen ggz, volwassenen ggz, gehandicaptenzorg (lichamelijk, zintuigelijk en verstandelijk), onderwijs, forensische zorg, ouderenzorg en in de functie van POH-ggz in de huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn masterpsychologen werkzaam in de revalidatie, verslavingszorg, of op het gebied van arbeid en gezondheid. Masterpsychologen en (ortho)pedagogen verrichten in deze werkvelden soortgelijke taken. Zij zijn doorgaans behandelaren als het gaat om zorg, diagnostiek en behandeling in de hierboven genoemde werkvelden.

In het Kwaliteitsregister Jeugd[32] zijn de registraties **kinder- en jeugdpsycholoog** en **orthopedagoog-generalist** als gelijkwaardig aan het niveau van dat van de gz-psycholoog opgenomen. Zij zijn net als de gz-psycholoog bekwaam om als zelfstandig behandelaar te werken in de zorg, diagnostiek en behandeling.

Naast de (post)academisch geschoolde psychologen en (ortho)pedagogen zijn er ook afgestudeerde **hbo'ers** met een oriëntatie op psychologische en pedagogische behandelmethodes werkzaam in de gezondheidszorg. Deze groep verricht veelal duidelijk afgebakende geprotocolleerde werkzaamheden. Het praktisch toepassen van bestaande behandelmethoden vormt dan ook de basis van de hbo-opleiding 'Toegepaste psychologie'. Beroepen waarin zij werkzaam zijn, zijn bijvoorbeeld: groepsopvoeder jeugd- en kinderpsychiatrie, pedagogisch gezinsbegeleider[33], jeugdzorgwerker en praktijkondersteuner ggz[34].

Tenslotte zijn er enkele aangrenzende functies in de ggz, namelijk die van de **ggz-agogen** en de **gz-vaktherapeuten**. Over het algemeen worden deze functies ingevuld door niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen, zoals sociaal pedagogisch dienstverleners en maatschappelijk werkers (ggz-agogen) en creatief therapeuten en psychomotorisch therapeuten (gz-vaktherapeuten). Ook zij nemen een deel van de hulpverlening aan patiënten met psychische problematiek voor hun rekening. De ggz-agoog biedt contextuele hulpverlening, wat betekent dat de ggz-agoog cliënten behandelt, ondersteunt en begeleidt in de dynamiek tussen individu en samenleving bij het

---

[31] Dit kunnen ook 'basisartsen' zijn zonder verdere specialisatie. Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroepen, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Meer informatie is te vinden in deelrapporten van het Capaciteitsplan.

[32] Voor jeugdhulp is de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd ingericht. Volgens de Jeugdwet moeten aanbieders van jeugdhulp verantwoorde hulp bieden door het inzetten van professionals die geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Jeugd of het BIG-register, tenzij zij aannemelijk kunnen maken dat het inzetten van een niet-geregistreerde niet ten koste gaat van de kwaliteit. In dit register worden alle werkenden in de jeugdhulp (met hbo-niveau of hoger) geregistreerd. Dit zijn bijvoorbeeld jeugdzorgwerkers, (master)psychologen, (ortho)pedagogen, gz-psychologen, kinder- en jeugdpsychologen (NIP)en orthopedagogen-generalist (NVO).

[33] Fontys. Pedagogiek (voltijd). Wat kun je met deze opleiding? Geraadpleegd op 05-11-2014, van http://fontys.nl/Studeren/Opleidingen/Pedagogiek-voltijd/Na-de-opleiding-13.htm

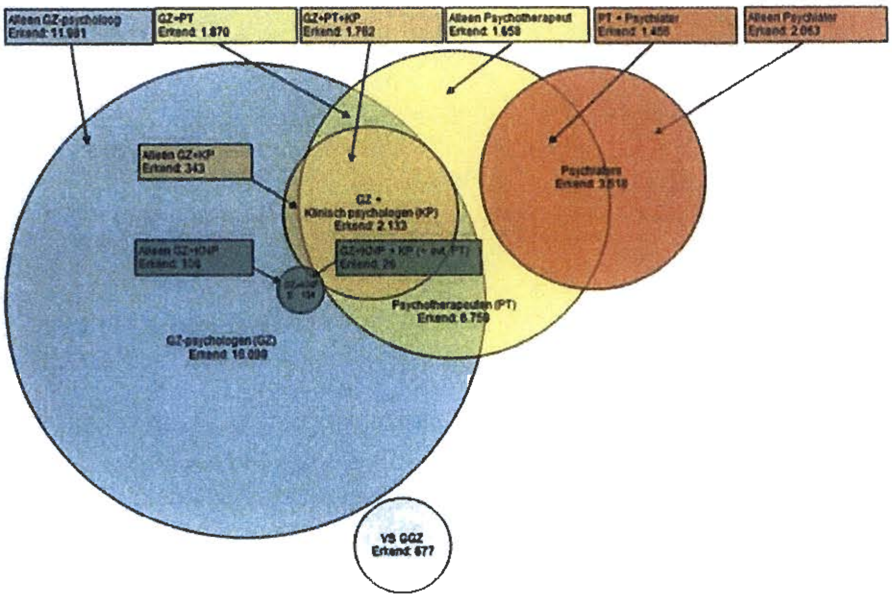
[34] Toegepaste psychologie. Beroepen. Geraadpleegd op 05-11-2014, van http://www.toegepastpsycholoog.nl/index.php/vacatures-toegepaste-psychologie

herstellen van een psychische aandoening en het (weer) integreren in de samenleving[35]. De vaktherapeut biedt een ervaringsgerichte werkwijze en gebruikt daarbij beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapie voor de behandeling van psychische problemen[36]. Met hun zorgaanbod werken de ggz-agogen en de gz-vaktherapeuten dus in de praktijk veelal met vergelijkbare patiëntengroepen als de beroepen uit dit advies.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Zowel in de aard van de werkzaamheden als in de registraties tussen psychotherapeuten, gz-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen bestaat overlap. Zo heeft 82% van de klinisch psychologen tevens een registratie als psychotherapeut. Dit percentage is sinds de vorige raming in 2013 stabiel. Vanzelfsprekend is er overlap in registraties tussen de klinisch psychologen en gz-psychologen, omdat een registratie in dat laatste beroep een vereiste is voor het eerste. Van de psychotherapeuten heeft 75% tevens een andere registratie (daarvan 28% als gz-psycholoog, 26% als klinisch psycholoog en 22% als psychiater). Deze overlap wordt zichtbaar in de volgende figuur. Naast BIG-geregistreerden is er ook nog een groot aantal niet BIG-geregistreerde personen (16.400) werkzaam in het beroepenveld geestelijke gezondheid. Het gaat dan vooral om WO(plus)-opgeleide masterpsychologen, geestelijk gezondheidskundigen (nu masters Mental Health) en (ortho)pedagogen(generalist)[37].

Figuur 1: Overlap tussen registraties van beroepsgroepen[38] [39]



---

[35] Movisie (2012). ggz Agoog beroepscompetentieprofiel HBO. Movisie, Utrecht.
[36] ggz Nederland en Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2012). gz-vaktherapeut beroepscompetentieprofiel. ggz Nederland. Amersfoort.
[37] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[38] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[39] De aantallen zijn inclusief personen van 70 jaar en ouder en personen met een niet-Nederlands adres. Leeswijzer: het totaal aantal mensen dat erkend is als klinisch psycholoog (en dus altijd ook als gz-psycholoog), is in de betreffende cirkel te zien als 2.133; daarvan zijn er volgens de gegevens in de rechthoeken 343 alleen GZ+KP, 1.762 zijn GZ+PT+KP en 26 zijn GZ+KNP+KP (+ evt. PT); samen is dat 2.131 personen; daarnaast zijn er nog 2 Psychiaters die tevens KP zijn, wat in de figuur niet is aangegeven.

Capaciteits
orgaan

3 Opleidingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de huidige opleidingstrajecten voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Er wordt aandacht besteed aan de opleidingsduur, de bekostiging van de opleidingen, de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan, de historische en verwachte instroom in de opleidingen en de besluiten van VWS met betrekking tot het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen. Verder worden verschillende kenmerken van de opleidingen en opleidelingen besproken, te weten het intern rendement van de opleidingen, het aantal instromers tot 2015, het gemiddelde aantal instromers per jaar, het verwachte aantal instromers vanaf 2017 en het percentage vrouwen in opleiding. Deze kenmerken wegen als parameterwaarden mee in het ramingsmodel. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk als achtergrondinformatie aandacht besteed aan de leeftijdsopbouw van de opleidelingen.

Bronnen

Voor dit hoofdstuk zijn diverse bronnen geraadpleegd. Waar mogelijk, is informatie opgevraagd bij registratieorganen. Zo is gebruik gemaakt van informatie van het opleidingsregister voor de opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch(neuro)psycholoog dat is ondergebracht bij de FGzPt. Voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz zijn gegevens opgevraagd bij het opleidingsregister van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) dat administratief en bedrijfsmatig ondersteund wordt door de V&VN. Wanneer informatie (nog) niet beschikbaar was bij de registratieorganen is deze opgevraagd bij de opleidingsinstellingen. Zo is voor de berekening van het intern rendement voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz gebruik gemaakt van gegevens van de hogescholen en van de categorale opleiding[40]. Ook voor de instroomaantallen in de categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is voor de jaren 2009 t/m 2012 gebruik gemaakt van de cijfers van de opleidingsinstelling. Tenslotte zijn de gegevens van het verkorte driejarige opleidingstraject tot psychotherapeut van de opleidingsinstellingen verkregen.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn steeds weergegeven per kalenderjaar. In de tabellen en figuren worden de gegevens van de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz meestal niet weergegeven, omdat het Capaciteitsorgaan geen instroomadvies uitbrengt voor deze opleiding. De gegevens zijn, waar relevant, wel meegenomen in de tekst[41].

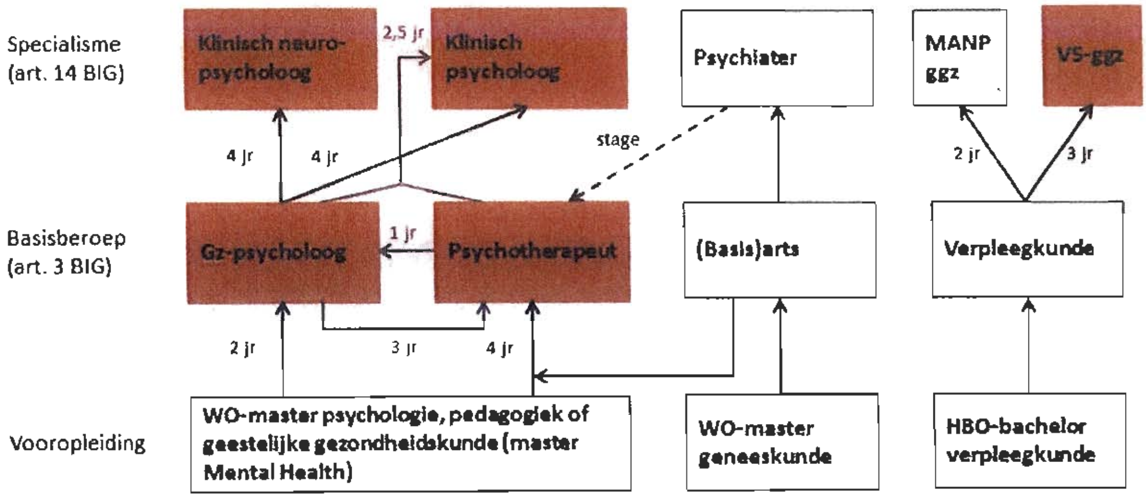
[40] Het instroomadvies betreft alleen de benodigde instroom in de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Het instroomadvies komt echter tot stand op basis van een raming voor de ontwikkeling van de totale beroepsgroep, welke onder andere beïnvloed wordt door instroom vanuit de tweejarige hogeschoolopleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Om deze reden maakt ook informatie over de tweejarige opleiding deel uit van de raming.

[41] Zie voorgaande voetnoot.

3.2 Opleidingstrajecten en bekostiging

In figuur 2 zijn de opleidingstrajecten voor de vijf beroepsgroepen weergegeven.

Figuur 2: Opleidingstrajecten, in- en doorstroommogelijkheden



Grijze tekst en lijnen duiden een verkorte opleidingsroute

3.2.1 Opleidingstrajecten en opleidingsduur

De opleidingsduur van de opleidingen varieert van twee jaar (gz-psycholoog en verpleegkundig specialist MANP[42]) tot vier jaar (klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut). De opleidingsduur van de categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz (VS-GGZ) bedraagt drie jaar.

Voor gz-psychologen is het mogelijk om een verkort opleidingstraject tot psychotherapeut van drie jaar te volgen. Daarnaast is het voor psychotherapeuten mogelijk om een verkort eenjarig opleidingstraject tot gz-psycholoog te volgen. Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken bestaat een verkort opleidingstraject van 2,5 jaar tot klinisch psycholoog[43]. De opleiding tot klinisch psycholoog biedt de mogelijkheid tot vrijstelling op alle onderdelen van de opleiding tot psychotherapeut en daarmee dus ook tot de registratie als psychotherapeut.

Omdat de twee opleidingstrajecten tot verpleegkundig specialist ggz een andere opleidingsduur kennen, wordt in de raming gerekend met een gewogen gemiddelde opleidingsduur. Voor de driejarige opleiding en de tweejarige opleiding verpleegkundig specialist ggz is deze vastgesteld op 2,6 jaar. Voor de opleiding tot psychotherapeut is ook een gewogen gemiddelde opleidingsduur berekend, omdat een aanzienlijk deel van de opleidelingen het verkorte traject volgt.

[42] Het instroomadvies betreft alleen de benodigde instroom in de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Het instroomadvies komt echter tot stand op basis van een raming voor de ontwikkeling van de totale beroepsgroep, welke onder andere beïnvloed wordt door instroom vanuit de tweejarige hogeschoolopleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Om deze reden maakt ook informatie over de tweejarige opleiding deel uit van de raming.
[43] RINO Groep. Geraadpleegd op 29-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/opleiding

De gewogen gemiddelde opleidingsduur voor het verkorte driejarige en het reguliere vierjarige opleidingstraject van de opleiding tot psychotherapeut is 3,6 jaar[44].

3.2.2 Bekostiging

De opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist ggz worden hoofdzakelijk bekostigd vanuit de beschikbaarheidbijdrage[45]. De bekostiging is niet uniform geregeld. Sommige opleidingsplaatsen worden gefinancierd vanuit andere middelen. Zo komt het voor dat werkgevers en opleidelingen zelf opleidingsplaatsen (deels) bekostigen. Daarnaast worden opleidingsplaatsen voor gz-psychologen in vrijgevestigde praktijken ook wel bekostigd door zorgverzekeraars. De tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS. In §3.3.5 wordt daar dieper op ingegaan. De driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz wordt wel vanuit de beschikbaarheidbijdrage gefinancierd. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog komt per 2016 in aanmerking voor bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage[46].

Instellingen die zich uitsluitend op kinder- en jeugdpsychiatrie (jeugd tot 18 jaar) richten, komen als gevolg van de inwerkingtreding van de Jeugdwet per 1 januari 2015, niet langer in aanmerking voor de beschikbaarheidbijdrage medische vervolgopleidingen. Voor deze instellingen geldt vanaf 2015 de subsidieregeling Opleidingen in een jeugd ggz-instelling 2015-2017. Deze regeling omvat de financiering van opleidingsplaatsen tot gz-psycholoog, psychiater, psychotherapeut en klinisch psycholoog in een (ggz-)instelling die zich uitsluitend richt op de kinder- en jeugd-ggz[47] [48].

3.3 Het aantal opleidingsplaatsen: advies, subsidie en instroom

In de volgende subparagrafen wordt per beroepsgroep een overzicht gegeven van eerdere instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan, van de besluiten van VWS op basis van deze adviezen en van het aantal instromers in de opleidingen. Het instroomadvies omvat een voorstel voor een minimale, een maximale en een voorkeursinstroom. In dit hoofdstuk wordt in de tabellen steeds de voorkeursinstroom weergegeven.

3.3.1 Gz-psycholoog

De opleiding tot gz-psycholoog is een tweejarige duale postdoctorale opleiding die bij zes verschillende opleidingsinstellingen kan worden gevolgd. Men moet voor de voltijdvariant een contract van minimaal 32 uur hebben bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Voor de deeltijdvariant, die vier jaar duurt, is een minimale contractduur van 16 uur vereist bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Het cursorisch deel beslaat twee dagdelen per week. Daarnaast is het voor BIG-geregistreerde psychotherapeuten mogelijk om een verkort eenjarig opleidingstraject te volgen.

---

[44] De gewogen opleidingsduur van de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz en psychotherapeut kan per ramingstraject verschillen, wanneer de verhouding tussen het aantal opleidelingen per opleidingstype wijzigt. Meer informatie over de weging van de opleidingsduur voor de opleiding tot psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz is te vinden in paragraaf 3.3.2 en 3.3.5.
[45] Voor 2013 'Opleidingsfonds'. Zie voor meer informatie http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/.
[46] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (4-5-2015). Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen.
[47] http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/
[48] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Staatscourant 15 oktober 2014. Subsidieregeling Opleidingen in een jeugd ggz-instelling 2015-2017.

De opleiding tot gz-psycholoog is een generalistische opleiding, die in principe voorbereidt op functies binnen diverse werkvelden van de gezondheidszorg. De opleiding gz-psycholoog kent drie differentiaties: volwassenen & ouderen, kinderen & jeugd en ouderen[49]. In 2009 is het CONO begonnen met het erkennen van zogenaamde profielen[50]. Een profiel is een specifieke, herkenbare vorm van beroepsuitoefening van gz-psychologen, vaak binnen een specifiek werkveld en met aanvullende deskundigheid. Tot nu toe zijn de profielen voor de ouderenzorg, de verslavingszorg, de eerstelijnspsychologie en forensische psychologie goedgekeurd. Opleidingsinstellingen die erkend zijn om de BIG-opleiding tot gz-psycholoog aan te bieden, kunnen profielopleidingen organiseren[51].

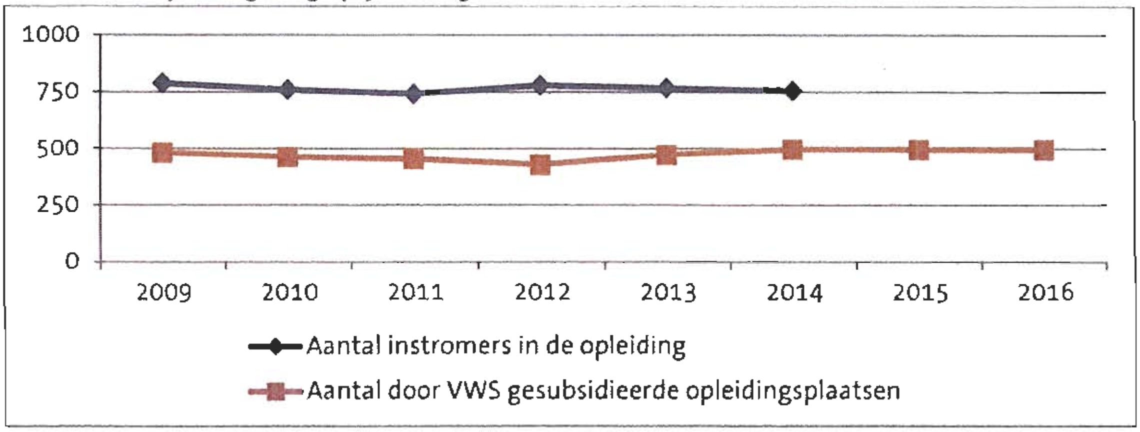
In tabel 2 en figuur 3 zijn de relevante gegevens voor de opleiding tot gz-psycholoog met betrekking tot het voorkeursadvies, het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en het aantal instromers bij elkaar gezet. Wat opvalt, is dat van 2009 t/m 2014 63% meer opleidingsplaatsen zijn ingevuld, dan het aantal opleidingsplaatsen dat in deze periode door VWS gesubsidieerd werd. In totaal zijn er in deze periode 4.594 personen ingestroomd in de opleiding tot gz-psycholoog en zijn er 2.816 opleidingsplaatsen gesubsidieerd door VWS. Het verschil tussen het aantal instromers en het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen is vanaf 2012 wat kleiner geworden, door een lichte afname van het aantal instromers en een toename van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen.

Tabel 2: Instroomaantallen (in personen): voorkeursadvies Capaciteitsorgaan, door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en instromers in de opleiding tot gz-psycholoog

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Voorkeursadvies Capaciteitsplannen 2011, 2013 en 2015[52]	.	.	.	.	960	960	585	585	524
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[53]	485	466	457	432	476	500	500	500	.
Aantal instromers[54]	789	760	742	780	768	755	.	.	.

[49] RINO Groep, gz-psycholoog. Geraadpleegd op 12-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/opleiding.asp?PageID=127&ID=1&pagePart=UitlegBeroep
[50] Per 1 augustus 2014 is CONO niet meer actief (www.conoggz.nl). Inmiddels zijn de taken van CONO deels overgenomen door stichting TOP-opleidingsplaatsen, de FGzPt en de NZA.
[51] RINO Groep, Profielopleidingen. Geraadpleegd op 29-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/pagina/190/algemene-informatie.html
[52] Het voorkeursadvies uit het Capaciteitsplan 2015 kan pas in 2017 doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS m.b.t. het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.
[53] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015).
[54] Het aantal instromers over alle jaren is gebaseerd op cijfers van FGzPt. De instroomcijfers van voorgaande jaren wijken voor sommige jaren af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013, doordat FGzPt met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd. In het Capaciteitsplan 2013 is het aantal inschrijvingen in 2009 en 2010 gebaseerd op het Capaciteitsplan 2011. Het aantal inschrijvingen voor 2010 betrof een inschatting. De aantallen voor 2011 t/m 2012 waren afkomstig van CONO en LOGO. De afwijkingen voor 2009, 2011 en 2012 zijn minimaal (790 vs 789 (2009), 737 vs 742 (2011) en 792 vs 780 (2012)). De afwijking voor 2010 is groter (894 vs 760), doordat er in het Capaciteitsplan 2011 voor 2010 – incorrect - 894 inschrijvingen waren geschat.

Figuur 3: Aantal instromers en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleiding tot gz-psycholoog



3.3.2 Psychotherapeut

De opleiding tot psychotherapeut is een vierjarige duale postdoctorale opleiding die bij zes verschillende opleidingsinstellingen kan worden gevolgd. Men moet een minimale contractduur van 20 uur hebben bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Gz-psychologen kunnen de opleiding, met vrijstellingen, in een verkort opleidingstraject van drie jaar volgen bij een minimale contractduur van 16 uur per week. Het cursorisch deel beslaat minimaal één dag per twee weken[55]. In dit hoofdstuk is de parameterwaarde 'opleidingsduur' vastgesteld op basis van (gewogen) gegevens van zowel de reguliere als de verkorte opleiding[56].

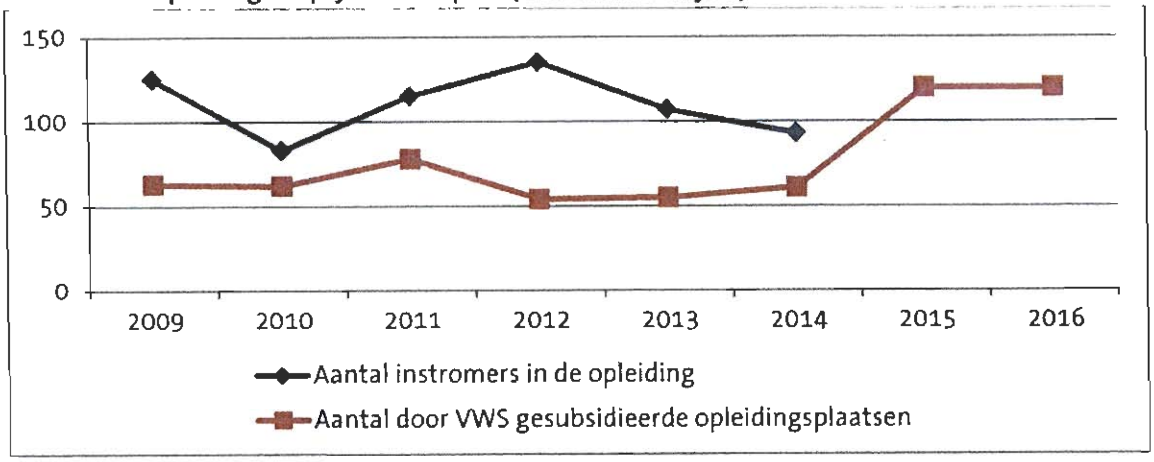
In tabel 3 en figuur 4 zijn de relevante gegevens omtrent advies, het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en instroomaantallen bij elkaar gezet. In de periode 2009 t/m 2014 zijn er 76% meer personen ingestroomd dan het aantal opleidingsplaatsen dat in deze periode door VWS gesubsidieerd werd. In 2012 is een piek zichtbaar in het aantal instromers. Deze toename in 2012 heeft te maken met het gegeven dat de zorgverzekeraars op dat moment geen omzetplafond hanteerden. Veel psychotherapiepraktijken zijn toen gaan opleiden. Vanaf 2013 voerden de zorgverzekeraars omzetplafonds in en liep het aantal instromers in de opleiding terug. In totaal zijn er in de periode 2009 t/m 2014 658 personen ingestroomd in de opleiding tot psychotherapeut en zijn er 373 opleidingsplaatsen gesubsidieerd door VWS. In 2013 en 2014 startten 107 en 93 personen met de opleiding tot psychotherapeut, waarvan er 44 (in 2013) en 43 (in 2014) instroomden in het verkorte traject.

[55] RINO Groep. Psychotherapeut. Geraadpleegd op 29-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/opleiding.asp?PageID=128&ID=2&pagePart=UitlegBeroep
[56] In de periode 2013-2014 wordt 62% van de psychotherapeuten opgeleid via het reguliere opleidingstraject en 38% via het driejarige verkorte traject. Deze verhouding (62/38) wordt gebruikt om de waarde opleidingsduur in het rekenmodel gewogen mee te nemen.

Tabel 3: **Instroomaantallen (in personen): voorkeursadvies Capaciteitsorgaan, door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en instromers in de opleiding tot psychotherapeut (incl. verkort traject)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Voorkeursadvies Capaciteitsplannen 2011, 2013 en 2015[57]	.	.	.	.	160	160	271	271	198
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[58]	63	62	78	54	55	61	120	120	.
Aantal instromers[59]	125	83	115	135	107	93	.	.	.

Figuur 4: **Aantal instromers en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleiding tot psychotherapeut (incl. verkort traject)**



3.3.3 Klinisch psycholoog

De opleiding tot klinisch psycholoog is een vierjarige duale postdoctorale opleiding die bij zes opleidingsinstellingen kan worden gevolgd. De opleiding bouwt voort op de postmasteropleiding tot gz-psycholoog. Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken bestaat een verkort opleidingstraject van 2,5 jaar tot klinisch psycholoog[60]. De opleiding tot klinisch psycholoog biedt de mogelijkheid tot vrijstelling op alle onderdelen van de opleiding tot psychotherapeut en daarmee dus ook tot de registratie als psychotherapeut. De opleiding kent twee differentiaties: volwassenen & ouderen en kinderen & jeugd.

[57] Het voorkeursadvies uit het Capaciteitsplan 2015 kan pas in 2017 doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS m.b.t. het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.

[58] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015).

[59] Het aantal instromers over alle jaren is gebaseerd op cijfers van FGzPt. De instroomcijfers van voorgaande jaren wijken voor sommige jaren af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013, doordat FGzPt met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd. In het Capaciteitsplan 2013 is het aantal inschrijvingen in 2009 en 2010 gebaseerd op het Capaciteitsplan 2011. Het aantal inschrijvingen voor 2010 betrof een inschatting. De aantallen voor 2011 t/m 2012 waren afkomstig van CONO en LOGO. De afwijkingen zijn als volgt: 132 vs 125 (2009), 115 vs 83 (2010), 117 vs 115 (2011), 171 vs 135 (2012).

[60] RINO Groep, Klinisch Psycholoog en Klinisch Neuropsycholoog. Geraadpleegd op 29-12-2014, van http://big.rinogroep.nl/opleiding

In tabel 4 zijn de relevante gegevens omtrent het aantal geadviseerde, gesubsidieerde en ingevulde opleidingsplaatsen weergegeven. In de periode 2009 t/m 2014 zijn iets meer personen (1%) ingestroomd in de opleiding tot klinisch psycholoog dan het aantal beschikbare gesubsidieerde opleidingsplaatsen. In totaal zijn er in deze periode 488 personen ingestroomd in de opleiding en zijn er 482 opleidingsplaatsen gesubsidieerd. In figuur 5 zijn het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en het aantal inschrijvingen weergegeven.

De in het ramingsrapport van 2013 uitgesproken verwachting dat het aantal inschrijvingen voor de opleiding tot klinisch psycholoog met tientallen zou toenemen, is uitgekomen. Vanwege toenemende belangstelling, starten de meeste opleidingsinstituten vanaf 2014, in tegenstelling tot voorgaande jaren, een opleidingsgroep. Doordat enkele opleidingsinstellingen om de twee jaar starten met de opleiding tot klinisch psycholoog, vertoont het aantal instromers per jaar pieken en dalen. Er is toenemende belangstelling voor het verkorte opleidingstraject tot klinisch psycholoog (met vrijstellingen voor psychotherapeuten).

Tabel 4: Instroomaantallen (in personen): voorkeursadvies Capaciteitsorgaan, door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en instromers in de opleiding tot klinisch psycholoog

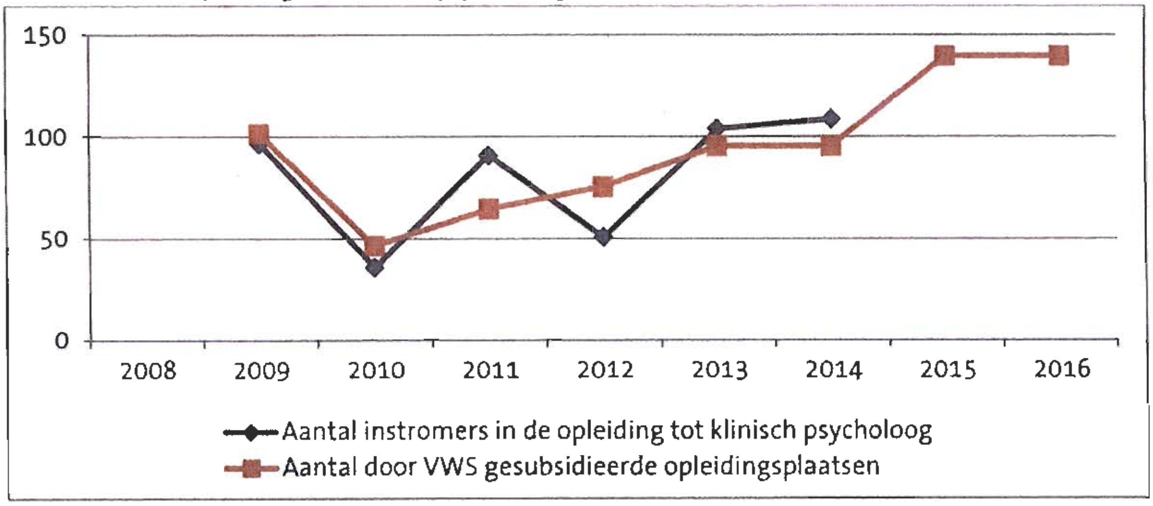
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Voorkeursadvies Capaciteitsplannen 2011, 2013 en 2015[61]	.	.	.	.	230	230	245	245	226
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[62]	102	47	65	76	96	96	140	140	.
Aantal instromers[63]	97	36	91	51	104	109	.	.	.

[61] Het voorkeursadvies uit het Capaciteitsplan 2015 kan pas in 2017 doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS m.b.t. het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.

[62] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015).

[63] Het aantal instromers over alle jaren is gebaseerd op cijfers van FGzPt. De instroomcijfers van voorgaande jaren wijken voor sommige jaren af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013, doordat FGzPt met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd. In het Capaciteitsplan 2013 is het aantal inschrijvingen in 2009 en 2010 gebaseerd op het Capaciteitsplan 2011. Het aantal inschrijvingen voor 2010 betrof een inschatting. De aantallen voor 2011 t/m 2012 waren afkomstig van CONO en LOGO. De afwijkingen zijn minimaal: 100 vs 97 (2009), 32 vs 36 (2010), 82 vs 91 (2011), 46 vs 51 (2012). In het Capaciteitsplan 2011 waren voor 2010 – incorrect - 80 inschrijvingen geschat. In 2010 is enkel op de locatie Utrecht een nieuwe opleidingsgroep gestart.

Figuur 5: Het aantal instromers en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleiding tot klinisch psycholoog



3.3.4 Klinisch neuropsycholoog

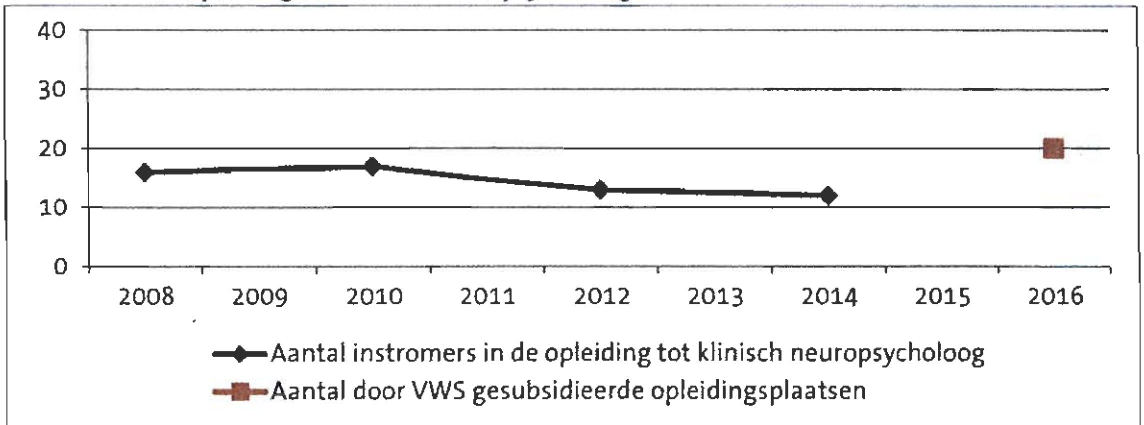
De opleiding tot klinisch neuropsycholoog is een vierjarige duale postdoctorale opleiding die bij één opleidingsinstelling kan worden gevolgd. De opleiding bouwt voort op de postmasteropleiding tot gz-psycholoog. In tabel 5 en figuur 6 zijn de relevante gegevens omtrent het aantal geadviseerde en ingevulde opleidingsplaatsen weergegeven.

De opleiding tot klinisch neuropsycholoog start tot nu toe eens in de twee jaar met een landelijke opleidingsgroep. Vandaar dat gegevens over bepaalde jaren ontbreken in tabel 5. Deze opleiding wordt vanaf 2016 door de overheid, via de beschikbaarheidbijdrage, gefinancierd. Om die reden zijn er dus ook geen eerdere besluiten over de instroom weer te geven. Het Capaciteitsorgaan heeft in het Capaciteitsplan 2011 geen voorkeursadvies gegeven voor de instroom in deze opleiding. Wel is een minimum en maximum instroom aangegeven.

Tabel 5: Instroomaantallen (in personen): voorkeursadvies Capaciteitsorgaan en instromers in de opleiding tot klinisch neuropsycholoog

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Voorkeursadvies Capaciteitsplannen 2011, 2013 en 2015[64]	.	.	.	.	.	8-16	8-16	20	20	22
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[65]	.	.	.	.	.	.	.	.	20	.
Aantal instromers[66]	16	-	17	-	13	-	12	.	.	.

Figuur 6: Het aantal instromers en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog



3.3.5 Verpleegkundig specialist ggz

Zoals aangegeven in paragraaf 2.1.5 zijn er twee verschillende opleidingsroutes om als verpleegkundig specialist ggz opgeleid te worden. Namelijk een driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz aan de opleidingsinstelling GGZ-VS[67] te Utrecht, met uitstroomdifferentiaties in ggz-domeinen[68], en de tweejarige gezondheidszorg brede Master Advanced Nursing Practice (MANP) met een uitstroomdifferentiatie ggz aan negen hogescholen. Beide opleidingen zijn door de NVAO geaccrediteerde professionele masteropleidingen en zijn duaal van opzet.

[64] Het voorkeursadvies uit het Capaciteitsplan 2015 kan pas in 2017 doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS m.b.t. het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.

[65] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015).

[66] Het aantal instromers over alle jaren is gebaseerd op cijfers van FGzPt en RINO Groep. De aantallen komen overeen met de instroomaantallen die in het Capaciteitsplan 2013 zijn meegenomen.

[67] Deze opleiding includeert de opleiding Master Advanced Nursing Practice GGZ.

[68] Domeinen verpleegkundig specialist ggz: kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensische psychiatrie en verslavingszorg.

Het instroomadvies betreft alleen de benodigde instroom in de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Het instroomadvies komt echter tot stand op basis van een raming voor de ontwikkeling van de totale beroepsgroep, welke onder andere beïnvloed wordt door instroom vanuit de tweejarige hogeschoolopleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Om deze reden maakt ook informatie over de tweejarige opleiding deel uit van de raming.

Om te worden toegelaten tot de opleidingen dient een instromer onder andere te beschikken over een BIG-registratie als verpleegkundige, minimaal een bachelor diploma, zoals hbo-verpleegkunde, en 2-4 jaar relevante werkervaring. Voor beide opleidingen is een werkplek voor een verpleegkundig specialist in opleiding bij een erkende opleidingsinstelling een vereiste[69]. De opleiding GGZ-VS stelt, anders dan de hogescholen, aanvullende eisen aan de opleidingsinstelling ten aanzien van onder andere zorgdiversiteit, zorgzwaarte en multidisciplinariteit. Het cursorisch deel beslaat voor beide opleidingen één dag per week.
De driejarige opleiding in Utrecht wordt bekostigd via de beschikbaarheidbijdrage. De tweejarige opleiding die aan de hogescholen kan worden gevolgd (MANP, specialisatie ggz), wordt op andere wijze bekostigd[70]. Alle, voor deze beroepsgroep relevante, ontwikkelingen, worden in dit advies integraal meegenomen, ongeacht de opleidingsroute.

In dit hoofdstuk zijn de parameterwaarden vastgesteld op basis van (gewogen) gegevens van zowel de twee- als de driejarige opleiding[71]. Het instroomadvies heeft alleen betrekking op de benodigde instroom voor de driejarige opleiding. In het advies over de benodigde instroom zijn de gediplomeerden verdisconteerd die via de hogescholen worden opgeleid. Bij de hogescholen stroomden in 2013 en 2014 jaarlijks gemiddeld 52 personen in bij de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz (tabel 6). In de twee- en driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz stroomden - in 2014 - 112 personen in.

Een onzekere factor in het verdisconteren van de instroom in de tweejarige opleiding in het instroomadvies, is dat het voor studenten aan de tweejarige MANP-opleiding mogelijk is om gedurende de opleiding over te stappen van specialisme. Hierdoor kan het uiteindelijk aantal gediplomeerden afwijken van verwachtingen op basis van de instroom[72].

Tabel 6: Aantal instromers in de tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist ggz[73]

	2013	2014
Aantal instromers	51	52

[69] Andere instroomeisen zijn te vinden op de websites van de opleidingsinstellingen.
[70] De werkgever ontvangt per jaar per student van het ministerie van VWS een vergoeding en de opleidingsinstelling ontvangt van OC&W een vergoeding ter compensatie van de opleidingskosten.
[71] In de periode 2013-2014 wordt 42% van de verpleegkundig specialisten ggz opgeleid via de tweejarige hogeschoolroute en 58% via de driejarige categorale opleiding. Deze verhouding (42/58) wordt gebruikt om de waarden percentage vrouw in opleiding, intern rendement en opleidingsduur gewogen in het rekenmodel mee te nemen. Bij de raming van 2013 werd een verhouding van 30/70 gehanteerd voor het aantal personen dat wordt opgeleid via de twee- en de driejarige opleiding. Uit de cijfers van het opleidingsregister RSV blijkt nu dat er meer personen worden opgeleid via de tweejarige opleidingsvariant dan voorheen geschat. Daarnaast is de verhouding verschoven, omdat het aantal opleidelingen (in incidentele groepen) in de driejarige opleidingsvariant is afgenomen.
[72] Momenteel heeft het Capaciteitsorgaan geen inzicht in het aantal overstappers. In het volgende ramingstraject wordt hier verder aandacht aan besteed.
[73] Bron: RSV, registratieorgaan V&VN. Er zijn geen betrouwbare cijfers met betrekking tot het aantal instromers in de twee jarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz (MANP) beschikbaar van voorgaande jaren.

Gemiddeld studeerden er jaarlijks 54 personen af aan de tweejarige opleiding in 2013 en 2014[74]. Het gemiddeld aantal jaarlijks gediplomeerden in de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz blijkt met 54 aanzienlijk hoger, dan het geschatte aantal dat gehanteerd is voor de raming van 2013 (28)[75].

In tabel 7 en figuur 7 zijn de relevante gegevens over het besluit en de inschrijvingsaantallen, toegespitst op de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist, bij elkaar gezet. Het aantal instromers ligt in de jaren 2009 t/m 2012 substantieel hoger dan het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Dit komt onder andere doordat in deze periode naast reguliere groepen ook incidentele groepen werden opgeleid. De incidentele groepen bestonden uit praktijkopleiders die werden opgeleid tot erkenning in het RSV-beroepenregister (24 in 2009) en instromers in het kader van een alumni-traject naar MANP-erkenning[76] (141 over de jaren 2010 t/m 2012). Daarnaast is er in 2011 en 2012 sprake van een (tijdelijk) verhoogde instroom door de instroom van SPV'ers die, vanwege vrijstellingen, een verkort opleidingstraject tot verpleegkundig specialist ggz volgden. Deze piek was van tijdelijke aard, omdat het aantal SPV'ers met voldoende werkervaring én mogelijkheden om de opleiding te volgen beperkt was[77]. Vanaf 2013 is een stabilisatie van het aantal opleidelingen in de driejarige opleiding zichtbaar.

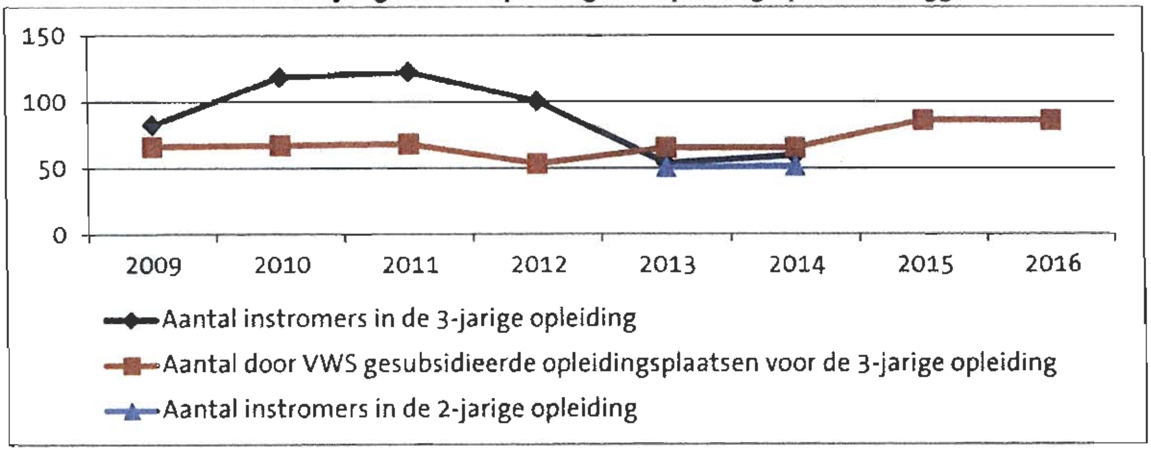
In de periode 2009 t/m 2014 zijn er meer personen (38%) ingestroomd in de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz dan het aantal beschikbare gesubsidieerde opleidingsplaatsen. In totaal zijn er in deze periode 540 personen ingestroomd in de opleiding en zijn er 390 opleidingsplaatsen gesubsidieerd (figuur 7). Met name de incidentele groepen in de periode 2009 t/m 2012 zijn ongesubsidieerd opgeleid.

[74] Op basis van cijfers aangeleverd door het registratieorgaan RSV. Voor de jaren voor 2013 zijn geen betrouwbare cijfers voorhanden en daarom is het gemiddelde jaarlijkse aantal instromers en afgestudeerden berekend over een periode van 2013 en 2014.
[75] Dit aantal is voor de raming van 2013 gebaseerd op een schatting van het jaarlijks aantal gediplomeerden in de richting ggz, verkregen in januari 2013 van het landelijk opleidingsoverleg MANP en in juni 2012 en april 2013 van de Hogeschool van Utrecht en Hogeschool Zuyd.
[76] De alumni hebben in het verleden de CONO-erkende driejarige opleiding GGZ-VS afgerond, zijnde de voorloper van de huidige opleiding GGZ-VS die sinds 2009 is erkend door de RSV als opleiding tot verpleegkundig specialist geestelijk gezondheidszorg en waarin is inbegrepen de opleiding Master in Advanced Nursing Practice in de GGZ. Om alsnog voor registratie in het RSV register in aanmerking te komen hebben de alumni een EVC-procedure doorlopen en op basis van vrijstellingen een speciaal aangepast rooster gevolgd. Bron: opleiding GGZ-VS.
[77] Gesprek met opleiding VS-ggz, augustus 2012.

Tabel 7: Instroomaantallen (in personen): voorkeursadvies Capaciteitsorgaan, door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen en instromers in de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Voorkeursadvies Capaciteitsplannen 2011, 2013 en 2015[78]	.	.	.	.	160	160	87	87	86
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[79]	67	68	69	54	66	66	87	87	.
Aantal instromers[80]	83	119	123	101	54	60	.	.	.

Figuur 7: Aantal instromers en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz en het aantal instromers in de tweejarige MANP-opleiding met opleidingsspecialisatie ggz



[78] Het voorkeursadvies uit het Capaciteitsplan 2015 kan pas in 2017 doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS m.b.t. het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.

[79] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015).

[80] Inclusief incidentele groepen. Het aantal instromers over 2013-2014 is gebaseerd op gegevens van het registratieorgaan RSV. Het registratieorgaan beschikt niet over gegevens van voor 2013. Daarom is het aantal instromers over 2009 t/m 2012 gebaseerd op cijfers van de opleidingsinstelling van de driejarige opleiding. De instroomcijfers van voorgaande jaren wijken af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013. Het gaat om de volgende afwijkingen: 60 vs. 83 (2009), 85 vs. 119 (2010), 114 vs. 123 (2011) en 102 vs. 101 (2012). In het Capaciteitsplan 2011 waren voor 2010 – incorrect - 85 inschrijvingen geschat. Het aantal instromers in het kader van de overgangsregeling van een alumni-traject naar MANP-erkenning betrof: 58 (2010), 59 (2011) en 24 (2012). In 2009 werden daarnaast eenmalig 24 praktijkopleiders opgeleid tot RSV-registratie.

3.4 Kenmerken opleidelingen en opleidingen

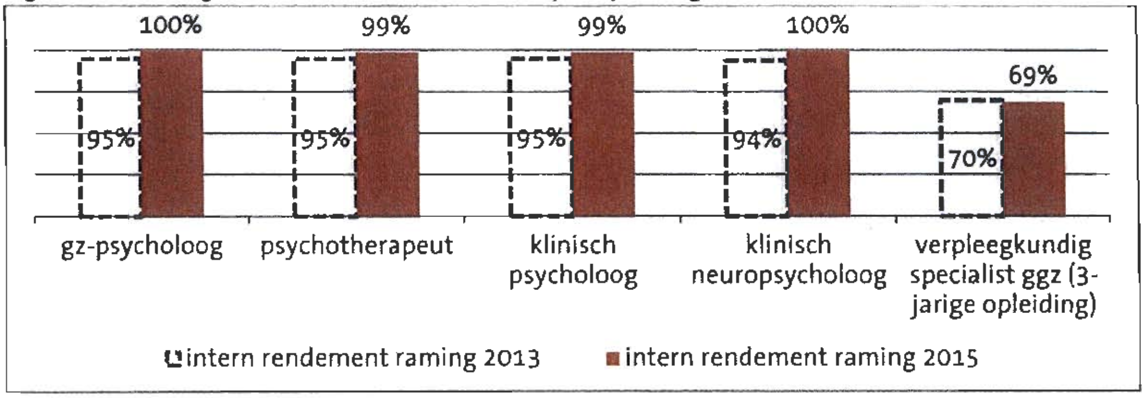
3.4.1 Intern rendement opleidingen

Er bestaat een verschil tussen het aantal mensen dat aan de opleiding begint en het aantal dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt. Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt, wordt aangeduid als het intern rendement van de opleiding. Het intern rendement kan pas berekend worden, zodra alle instromers uit enig jaar gediplomeerd of ongediplomeerd zijn uitgestroomd. Het rendementscijfer dat gebruikt wordt voor de raming betreft een gemiddelde over alle jaren waarvan het intern rendement beschikbaar is.

In het Capaciteitsplan 2011 werd uitgegaan van een generiek geschat intern rendement van 85%. Het Landelijk Overleg van Ggz-Opleidingsinstellingen (LOGO) kwam voor de raming van 2013 uit op een hoger intern rendement: 95% voor de opleidingen tot gz-psycholoog, tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog. Deze inschatting werd gemaakt op basis van afgeronde opleidingscohorten.

Voor de raming van 2015 zijn exacte cijfers beschikbaar. Hieruit blijkt dat het intern rendement voor het merendeel van de opleidingen hoger uitkomt dan bij voorgaande ramingen aangenomen is (figuur 8). Het gemiddeld intern rendement van de opleidingen tot gz-psycholoog en klinisch neuropsycholoog is met 100% het hoogst. Voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog geldt dat er in het verleden geen personen zijn uitgestroomd zonder diploma. Voor de opleiding tot gz-psycholoog is dat een enkele keer wel het geval geweest, maar gezien de omvang van de opleiding komt het rendement na afronding toch uit op 100%.
De opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog laten een gemiddeld intern rendement zien van 99%[81]. Het gemiddelde intern rendement van de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz bedraagt 69%. Het rendement van de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is 81%[82]. Gewogen voor beide opleidingen is het rendement 75%.

Figuur 8: Het gemiddelde intern rendement per opleiding



[81] FGzPt (2015). Registratiegegevens opleidelingen.
[82] Het rendement is gebaseerd op cijfers zoals gerapporteerd door de opleidingsinstellingen en betreft alleen reguliere instroom.

3.4.2 Verwachte instroom opleidingen

De parameter verwachte instroom betreft het aantal personen dat naar verwachting vanaf 2017 jaarlijks in zal stromen in de opleidingen. Deze verwachte instroom is gebaseerd op de gemiddelde instroom in de voorgaande jaren over een periode van de opleidingsduur. De opleiding tot gz-psycholoog duurt bijvoorbeeld 2 jaar. Het jaarlijks gemiddelde voor de gz-psycholoog is dus berekend over het aantal instromers in de jaren 2013 en 2014. Het verwachte aantal instromers per opleiding is te zien in tabel 8. Aangezien er voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog alleen om het jaar een cohort start, valt het jaarlijks gemiddelde aantal instromers relatief laag uit.

Voor de verpleegkundig specialist ggz is de verwachte jaarlijkse instroom berekend op basis van de gemiddelde instroom over 2013 en 2014 voor de tweejarige opleiding en de gemiddelde instroom over 2012, 2013 en 2014 voor de driejarige opleiding. Voor de driejarige opleiding gold dat er in 2012 sprake was van een tijdelijk hogere instroom door de instroom in een alumni-traject naar MANP-erkenning[83]. Omdat het een tijdelijke instroom betrof is deze groep niet meegerekend in het gemiddelde en is voor 2012 alleen uitgegaan van de reguliere instroom. De verwachte jaarlijkse instroom voor de driejarige opleiding is vastgesteld op 63,7. Voor de tweejarige opleiding bedraagt dit 51,5. Bij elkaar opgeteld komt de jaarlijkse verwachte instroom uit op 115.

De gemiddelde instroom in de opleiding tot gz-psycholoog is stabiel in vergelijking met de gemiddelde instroom zoals gehanteerd in de voorgaande raming in 2013. Voor de opleidingen tot psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz is een (lichte) afname zichtbaar. Bij de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz heeft de afname betrekking op de alumni-groepen die in de periode 2009 t/m 2012 opgeleid werden. De gemiddelde instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog is wat toegenomen.

Tabel 8: Historische en verwachte instroomaantallen (in personen) per opleiding[84]

	Historisch aantal instromers						Gemiddeld/ verwacht jaarlijks aantal instromers
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Gz-psycholoog	789	760	742	780	768	755	762
Psychotherapeut	125	83	115	135	107	93	113
Klinisch psycholoog[85]	97	36	91	51	104	109	89
Klinisch neuro-psycholoog	0	17	0	13	0	12	6
Verpleegkundig specialist ggz (3-jarige opleiding)[86]	59	61	64	77	54	60	64

[83] De alumni hebben in het verleden de CONO-erkende driejarige opleiding GGZ-VS afgerond, zijnde de voorloper van de huidige opleiding GGZ-VS die sinds 2009 is erkend door de RSV als opleiding tot verpleegkundig specialist geestelijk gezondheidszorg en waarin is inbegrepen de opleiding Master in Advanced Nursing Practice in de GGZ. Om alsnog voor registratie in het RSV register in aanmerking te komen hebben de alumni een EVC-procedure doorlopen en op basis van vrijstellingen een speciaal aangepast rooster gevolgd. Bron: categorale driejarige opleiding GGZ-VS.

[84] Het aantal inschrijvingen in 2009 en 2010 is gebaseerd op het Capaciteitsplan 2011. Het aantal inschrijvingen voor 2010 betreft een inschatting. De aantallen voor 2011 t/m 2012 zijn afkomstig van CONO en LOGO. Het aantal inschrijvingen voor 2013 en 2014 is afkomstig van FGzPt.

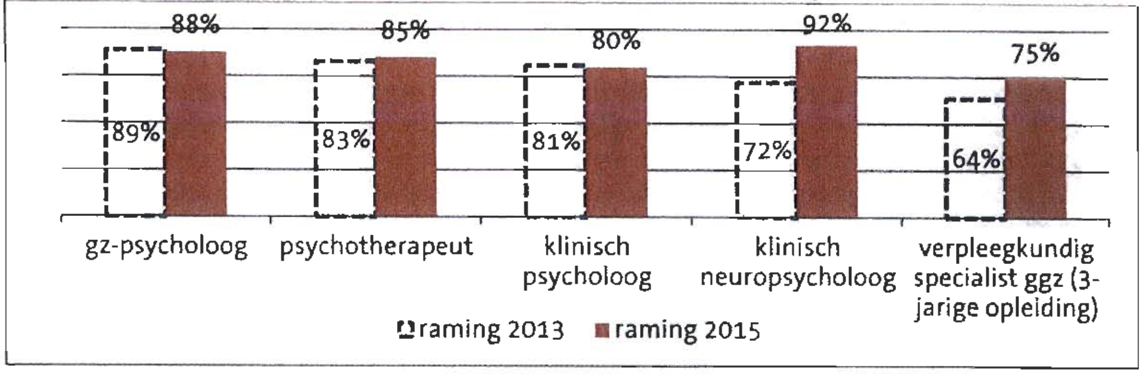
[85] In het Capaciteitsplan 2011 waren voor 2010 – incorrect - 80 inschrijvingen geschat.

[86] Alleen reguliere instroom, exclusief incidentele groepen.

3.4.3 Percentage vrouwen

Het hoogste percentage vrouwen is te vinden in de opleidingen tot klinisch neuropsycholoog en gz-psycholoog, namelijk 92% en 88% (figuur 9). In de opleiding tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog liggen deze percentage respectievelijk op 85% en 80%[87]. Deze percentages liggen vrijwel op hetzelfde niveau als in het vorige advies, met uitzondering van de klinisch neuropsycholoog (72% in het vorige ramingsrapport). In de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is 75% vrouw, in de tweejarige opleiding is 70% vrouw[88]. Het gewogen percentage vrouwen voor deze opleidingen komt uit op 72%.

Figuur 9: **Gemiddeld percentage vrouwen in opleiding per opleiding**



3.4.4 Leeftijdsverdeling opleidelingen

De leeftijd van de opleidelingen is geen parameter in het ramingsmodel, maar vormt wel relevante achtergrondinformatie voor het instroomadvies, aangezien opleidelingen met een hoge leeftijd eenmaal werkzaam over het algemeen korter beschikbaar zullen zijn op de arbeidsmarkt. Tabel 9 laat zien dat het grootste aandeel opleidelingen in de opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog 30 t/m 34 jaar oud is over 2013-2014. In de opleiding tot psychotherapeut is het grootste aandeel opleidelingen 35 t/m 39 jaar. In de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is dit 25-29 jaar.

De opleiding tot gz-psycholoog kent veruit de jongste populatie. 77% van de opleidelingen is jonger dan 35 jaar. In de opleiding tot psychotherapeut zit het grootste aandeel 55+'ers. De driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist kent de meeste spreiding in leeftijden. Een klein aantal opleidelingen in de leeftijd 60+ neemt deel aan het onderwijs in de opleidingen tot gz-psycholoog (i.v.m. afronding niet zichtbaar in de tabel) en psychotherapeut.

De tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz (niet weergegeven in de tabel) kent net als de driejarige opleiding een grote spreiding in leeftijdscategorieën. Het grootste aandeel opleidelingen van de tweejarige opleiding valt in de leeftijdscategorie 45-49 jaar.

[87] FGzPt (2015) per peildatum 31-12-2014.
[88] Deze gegevens zijn afkomstig van het registratieorgaan van V&VN.

Tabel 9: Gemiddelde procentuele leeftijdsverdeling opleidelingen over 2013 en 2014 per opleiding

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkundig specialist ggz (3-jarige opleiding)
<24	0%	0%	0%	0%	1%
25-29	38%	8%	4%	0%	21%
30-34	39%	24%	35%	47%	20%
35-39	12%	26%	29%	18%	16%
40-44	5%	18%	19%	21%	10%
45-49	3%	11%	6%	8%	17%
50-54	2%	7%	4%	5%	10%
55-59	1%	5%	2%	0%	5%
60-64	0%	1%	0%	0%	0%
>65	0%	0%	0%	0%	0%

Donker gearceerde cellen bevat de leeftijdscategorie met het grootste aandeel opleidelingen per opleiding (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van de opleidelingen van een opleiding in deze leeftijdscategorie valt.

3.5 Parameterwaarden 'Opleidingen'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn de parameterwaarden voor het onderdeel 'Opleidingen' bepaald (tabel 10).

Tabel 10: Parameterwaarden 'Opleidingen' raming 2015 per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleeg-kundig specialist ggz (2- en 3-jarige opleiding)
Aantal instromers in 2014	755	93	109	12	112
Gemiddelde jaarlijkse instroom over opleidingsduur	762	113	89	6	115
Verwachte jaarlijkse instroom vanaf 2017	762	113	89	6	115
Percentage vrouwen in 2014	88%	85%	80%	92%	72%
Opleidingsduur	2 jaar	3,6 jaar	4 jaar	4 jaar	2,6 jaar
Intern rendement	100%	99%	99%	100%	75%

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid. De zorgvraag betreft het aantal fte aan zorgverleners dat nodig is om aan de behoefte, de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het zorgaanbod (het aantal fte aan werkzame beroepsbeoefenaren) aangevuld met de onvervulde vraag. De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen en arbeidstijdverandering. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.

Bronnen

Er liggen diverse bronnen ten grondslag aan dit hoofdstuk. Er is inzicht verkregen in de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie van de vijf beroepen geestelijke gezondheid, met een doorberekening van de demografische trends die zijn vastgesteld in 2012[89]. Voor het vaststellen van de onvervulde vraag is gebruik gemaakt van een onderzoek naar de onvervulde vraag onder zorgaanbieders[90]. Voor de parameters epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen is geput uit vakliteratuur, actualiteiten en gesprekken met het veld. Daarnaast zijn gegevens over arbeidstijdverandering ontleend aan een arbeidsmarktonderzoek onder de vijf beroepsgroepen geestelijke gezondheid[91].

4.2 Demografie

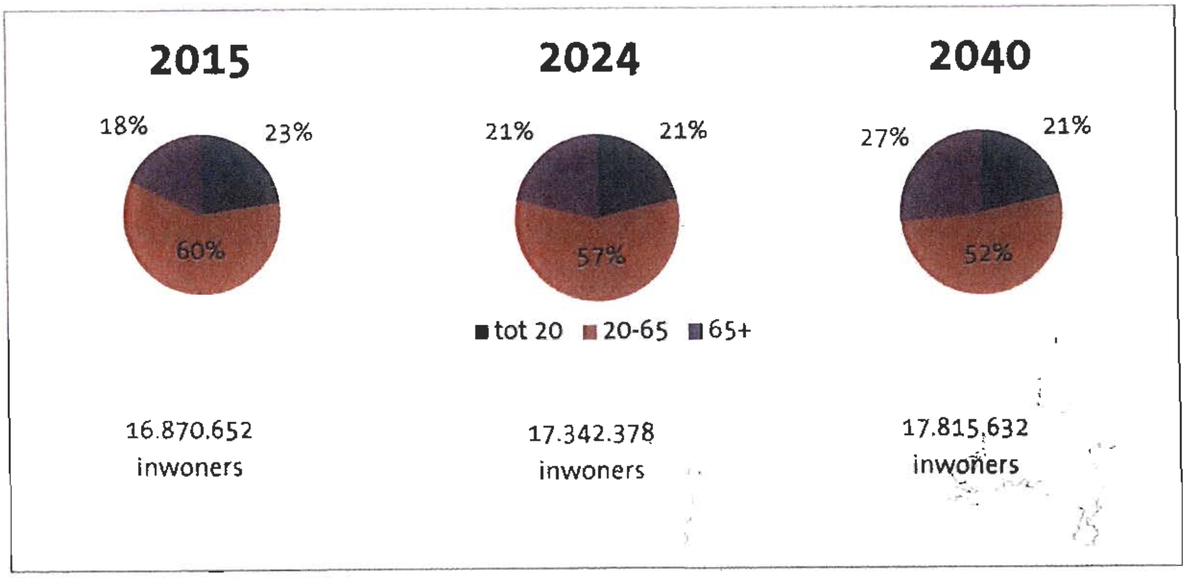
De demografische ontwikkeling van de bevolking en daarmee van de patiëntenpopulatie, is van invloed op de vraag naar zorgverleners. Wanneer de bevolking toeneemt, zijn er vanuit demografisch perspectief ook meer zorgverleners nodig. Daarnaast heeft de verdeling van de leeftijdscategorieën, in combinatie met de ziektebeelden die voor deze leeftijdscategorieën kenmerkend zijn, invloed op het benodigde type zorgverleners. Sommige beroepsgroepen behandelen vooral jongeren, andere beroepsgroepen rekenen vaker ouderen tot hun patiëntenpopulatie.

In 2015 heeft Nederland 16,9 miljoen inwoners. De verwachting is dat dit aantal in 2027 (het eerste evenwichtsjaar van deze raming) gestegen zal zijn naar 17,5 miljoen inwoners[92]. In figuur 10 is de geprognosticeerde demografische ontwikkeling per leeftijdscategorie te zien. Vooral het aandeel ouderen stijgt de komende jaren. In 2015 bedraagt het aantal 65-plussers bijna een vijfde van de bevolking en het aantal jongeren tot 20 jaar bijna een kwart. De komende jaren kantelt deze verhouding en zijn er meer 65-plussers dan jongeren. In 2024 is er voor het eerst een even groot deel van de bevolking 65-plusser als dat er jongeren zijn. Daarna neemt het aandeel 65-plussers tot 2040 verder toe tot ruim een kwart van de bevolking terwijl de middencategorie (20-65 jaar) krimpt en het percentage jongeren stabiliseert.

---

[89] Kiwa Prismant (2012). Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht.
[90] Kiwa Carity (2015). Tekorten aan GZ-professionals. Bevindingen uit een enquête naar de onvervulde vraag bij vijf BIG-geregistreerde GZ-beroepen. Utrecht.
[91] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[92] CBS Statline. Prognose bevolking kerncijfers 2012-2060. Geraadpleegd op 13-04-2015, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81593NED&D1=0-6&D2=0&D3=3,8,13,15,18,21,23&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T

Figuur 10: Prognose demografische ontwikkeling bevolking naar leeftijdscategorie en aantal inwoners[93]



De hierboven geschetste ontwikkelingen zijn in deze raming verwerkt. Daarbij is gebruik gemaakt van onderzoek naar de demografische ontwikkelingen van de patiëntenpopulaties dat voor het instroomadvies van 2013 is gebruikt[94] [95]. Deze onderzoeksuitkomsten zijn met drie jaar doorgetrokken naar 2035. Deze doorberekening is zichtbaar gemaakt in figuur 11 en tabel 11. In figuur 11 zijn de parameterwaarden voor de demografische ontwikkeling per beroepsgroep weergegeven. Het grafisch beeld dat daaruit ontstaat, laat zien dat de in de voorgaande jaren ingezette trend wordt gecontinueerd.

De parameterwaarden van de verpleegkundig specialist ggz en de klinisch neuropsycholoog stijgen het sterkst. Zij behandelen ook het grootste aandeel ouderen (resp. 16 en 12%) in vergelijking met de andere drie beroepsgroepen. De psychotherapeut behandelt in vergelijking met de andere vier beroepen het grootste aandeel patiënten in de leeftijdscategorie 20-65 jaar (85%)[96]. Deze leeftijdscategorie krimpt de komende jaren het sterkst. Het beeld voor de klinisch psycholoog en de gz-psycholoog is stabiel.

Er zijn verscheidene redenen waarom het doortrekken van de parameterwaarden uit 2013 verantwoord is. Ten eerste ligt er slechts een korte tijdspanne tussen de berekening die gemaakt is voor het Capaciteitsplan 2013 en de berekening die nu nodig is voor het Capaciteitsplan 2015. Ten tweede zijn er geen signalen dat de prognose van de demografische ontwikkeling van de

[93] CBS Statline. Prognose bevolking kerncijfers 2012-2060. Geraadpleegd op 13-04-2015, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81593NED&D1=0-6&D2=0&D3=3,8,13,15,18,21,23&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T

[94] Kiwa Prismant (2012). Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht.

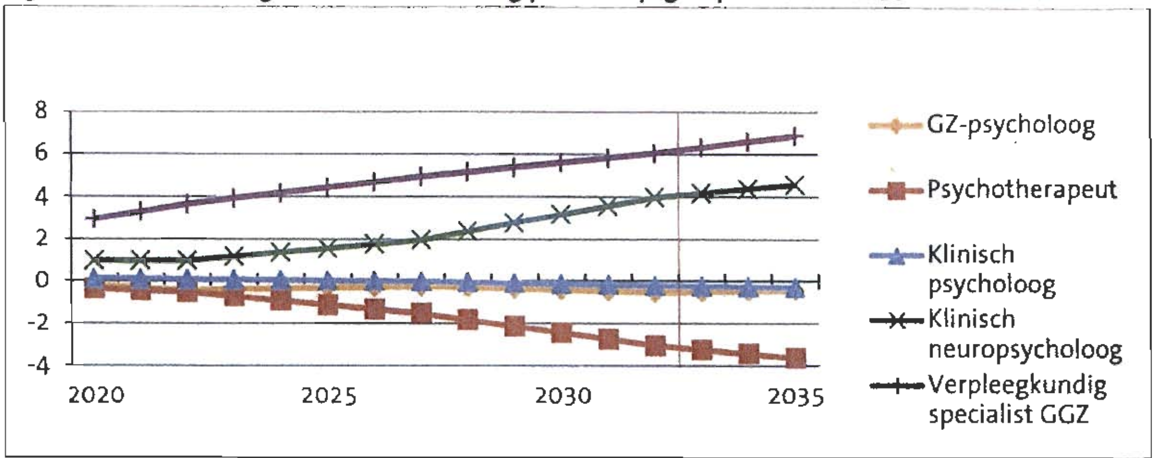
[95] Regioplan (2012). De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012.

[96] Regioplan (2012). De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012.

patiëntenpopulatie substantieel bijgesteld dient te worden. Ten derde geven de parameterwaarden voor iedere beroepsgroep een duidelijke trend weer.

De parameterwaarden demografische ontwikkelingen zijn voor het instroomadvies 2015 gesteld op de waarden zoals weergegeven in tabel 11[97].

Figuur 11: Demografische ontwikkeling per beroepsgroep 2020 t/m 2035



De oranje lijn geeft het moment aan (2033) vanaf waar de parameterwaarden toegepast in het Capaciteitsplan 2013 (periode 2020-2033) zijn doorgetrokken voor de volgende (twee) jaren.

Tabel 11: Parameterwaarden demografie per beroepsgroep

	2020	2025	2030	2035
Gz-psycholoog	-0,2%	-0,3%	-0,4%	-0,4%
Psychotherapeut	-0,3%	-1,1%	-2,4%	-3,6%
Klinisch psycholoog	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,3%
Klinisch neuropsycholoog	1,0%	1,6%	3,2%	4,6%
Verpleegkundig specialist ggz	3,0%	4,5%	5,7%	6,9%

4.3 Epidemiologie

De parameterwaarde epidemiologie ondergaat in vergelijking met het Capaciteitsplan 2013 geen wijziging[98]. Sinds de besluitvorming over het Capaciteitsplan 2013 zijn er geen landelijke rapportages met onderzoeksresultaten gepubliceerd, noch is er (vak)literatuur verschenen, waarin melding wordt gemaakt van substantiële veranderingen in de epidemiologische ontwikkelingen van de ziektebeelden waarvoor de vijf beroepen worden ingezet. De parameterwaarde epidemiologie wordt voor alle beroepsgroepen (wederom) op 0% per jaar gesteld.

---

[97] In het ramingsrapport van 2013 is alleen de demografische ontwikkeling in het evenwichtsjaar weergegeven. In dit ramingsrapport is ervoor gekozen om de parameterwaarden die ingevoerd worden in het ramingsmodel weer te geven.
[98] In 2013 is gebruik gemaakt van de bevolkingsonderzoeken Nemesis 1 en Nemesis 2 (2007-2009) aangevuld met onderzoek naar prevalentiecijfers voor de leeftijdsgroepen jonger dan 18 en ouder dan 65 jaar (Kiwa Prismant (2013). Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht.)

Tabel 12: **Parameterwaarden epidemiologie per beroepsgroep**

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	0%	0%	0%	0%	0%

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De parameter sociaal-culturele ontwikkelingen duidt de aanwas of krimp van de patiëntenpopulatie die veroorzaakt wordt door een verandering van het vraaggedrag. Deze verandering kan ontstaan als gevolg van wet- en regelgeving, zoals de invoering van een eigen bijdrage, de verhoging van het eigen risico, de invoering van de generalistische basis ggz, ambulantisering, verzwaarde indicatiestelling of het – meer – inzetten van de beroepsgroep(en) geestelijke gezondheid bij patiënten met somatische ziektebeelden om daarmee de somatische behandeltijd te verkorten. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een rol. Of een zorgvrager daadwerkelijk zorg zoekt is - in termen van sociaal-culturele ontwikkelingen - een samenspel van culturele, sociale en persoonlijke omstandigheden[99]. Voor personen zonder partner, maar ook voor mensen met een lager inkomen en mensen in een gebied met een hogere urbanisatiegraad is de kans hoger op zorggebruik vanwege psychische problemen[100,101].

Op basis van gesprekken met het veld, vakliteratuur en actualiteiten zijn ontwikkelingen op sociaal-cultureel vlak per beroepsgroep in kaart gebracht. Voor alle beroepsgroepen geldt dat zij de komende jaren te maken krijgen met een tendens om toe te groeien naar een nieuwe definitie van gezondheid. De focus verschuift van gezondheid als een toestand van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden[102] naar gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven[103]. Daarnaast kan een verdere toename van asielzoekers zorgen voor een verhoogde toestroom van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg[104].

4.4.1 Gz-psycholoog

Omdat de spreiding van het aantal gz-psychologen over de verschillende branches groot is, wordt voor dit beroep ingegaan op de sociaal-culturele ontwikkelingen per branche. Bijna 70% van de gz-psychologen is werkzaam in de ggz (g-ggz en gb-ggz). De overige branches zijn gezamenlijk goed voor de overige 30%. In het merendeel van de branches is er sprake van een absolute toename van het aantal gz-psychologen sinds 2012 (in fte). Uitzonderingen hierop vormen de forensische zorg, de revalidatie en de vrijgevestigde praktijken (zie §5.3.5). Op sociaal-cultureel vlak wordt voor de gz-psycholoog over het geheel genomen een groei verondersteld.

---

[99] Andersen R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior. 1995;36:1-10

[100] Vektis (2013). Zorgthermometer 2013, Een sterke eerste lijn. p.22-23: Populatieverschillen en bekostiging

[101] De Graaf, R., Ten Have, M. en Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht, 2010. P. 61, p.62, p.72 en 73.

[102] WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York

[103] Huber (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.

[104] Het aantal asielzoekers is in 2014 met ruim 80% gestegen ten opzichte van 2013 en is hiermee op het hoogste niveau sinds 2006. Het aantal asielzoekers was in de periode 1995 t/m 2005 hoger dan in 2014. De verwachting van het COA is dat de groei de komende jaren zal aanhouden. Bron: Centraal Orgaan opvang asielzoekers (2015). Jaarverslag 2014.

Ggz

Op 1 januari 2014 is in de ggz een stelselwijziging geïmplementeerd, waarbij de generalistische basis ggz (gb-ggz) is ingevoerd en de huisartsenzorg versterkt wordt (POH-ggz). Met de invoering van de gb-ggz en de versterking van de huisartsenzorg verwacht VWS dat er een verschuiving van patiënten optreedt in de ggz-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis[105]. Van de organisatievorm die hiervoor is opgezet, zoals de inzet van de POH-ggz en de wijkteams kan een drempelverlagend effect uitgaan dat kan leiden tot een stuwing van de zorgvraag[106].

Er is in de eerste helft van 2014 een toename zichtbaar in het aantal geconstateerde psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk ten opzichte van 2013[107]. Ook uit het veld (zorgverzekeraars, zorgverleners, brancheverenigingen) zijn geluiden te horen dat de instroom van patiënten bij de POH-ggz substantiële omvang begint te krijgen maar dat er -vooralsnog - sprake is van een stagnatie in de doorstroom naar de gb-ggz. Het veld spreekt de verwachting uit dat er in de loop der tijd wel meer patiënten door zullen stromen van de huisartsenpraktijken naar de gb-ggz. Enerzijds omdat er door zorgverzekeraars mogelijk grenzen worden gesteld aan het aantal sessies dat een POH-ggz aan een patiënt mag besteden, anderzijds omdat ook het aantal fte POH-ggz begrensd zal zijn. Beide "vooruitzichten" zullen dus leiden tot een grotere instroom bij met name de gb-ggz en in mindere mate bij de g-ggz.

Een ander sociaal-culturele ontwikkeling die binnen de ggz van invloed is op het vraaggedrag is het eigen risico. Dit vormt voor sommige patiëntengroepen een drempel bij het zoeken van hulp.
Per saldo wordt in de ggz voor de gz-psycholoog in de komende periode een groei van de patiëntenpopulatie verondersteld vanwege sociaal-culturele ontwikkelingen[108].

Ziekenhuizen

In de ziekenhuizen is er sprake van een trend om patiënten met ernstige, en/of diep op de kwaliteit van leven ingrijpende somatische ziektebeelden, sneller en meer psychologische zorg[109] te bieden. In vergelijking met 2012 is het aantal werkzame gz-psychologen bij de ziekenhuizen[110] sterk toegenomen (in fte) (zie §5.3.5). Overigens zal een deel van deze toename ook toe te schrijven zijn aan horizontale substitutie vanuit klinisch psychologen. Voor de komende periode wordt hier een lichte groei van de patiëntenpopulatie/zorgvraag verondersteld.

---

[105] KPMG Plexus (2014). Substitutiemodel GGZ. Een inschatting va de effecten van de invoering van de Generalistische Basis GGZ en versterking van de huisartsenzorg voor de GGZ in Nederland. Amstelveen.
[106] Op basis van gesprekken met zorgaanbieders in de generalistische basis ggz eind 2014-begin 2015.
[107] Nivel (2015). Factsheet Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartsenpraktijk. Utrecht.
[108] De transitie van de enkelvoudige zorgvraag van de g-ggz naar de gb-ggz raakt met name de gz-psychologen. Gelijktijdig met de overheveling van die zorgvraag zal ook het daarbij behorende aantal fte aan gz-psychologen mee overgeheveld worden. Per saldo zal dat, los van het tempo waarin deze transitie zich voltrekt, niet tot meer of minder patiënten en dus fte aan gz-psychologen leiden.
[109] Bron: expertbijeenkomsten Klinisch neuropsychologen (Capaciteitsorgaan, 2015).
[110] Nivel (2012) en (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz. Utrecht.

Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg

In beide sectoren is er sprake van een absolute toename van het aantal gz-psychologen (in fte). Voor beide branches geldt echter ook dat door ambulantisering en verzwaarde indicatiestelling de aanwas van nieuwe patiëntengroepen niet realistisch is. De oorzaak van de toename is dan ook niet te vinden in termen van sociaal-culturele ontwikkelingen. Dat er toch sprake is van een toename van het aantal professionals is toe te schrijven aan de professionaliseringsslag die zich in beide branches afspeelt en de vergrijzing die vooral invloed heeft op de vraag bij verpleeghuizen. Naar verwachting blijft de zorgvraag in termen van sociaal-culturele ontwikkelingen stabiel, zowel in de gehandicaptenzorg en in de verpleeghuissector. Het aantal ggz-professionals in de verzorgingshuizen is gering en zal de komende jaren naar verwachting verder afnemen als gevolg van het overheidsbeleid dat het langer thuis wonen van ouderen stimuleert.

Forensische zorg

In deze branche is er sprake van een daling van het aantal ingezette professionals (in fte) (zie §5.3.5). Het aantal rechterlijke uitspraken met een strafrechtelijke titel (voor verplichte ggz behandeling) loopt substantieel terug terwijl de uitstroomcijfers van patiënten een stijging laten zien. Voor de komende periode wordt een nulgroei verondersteld[111] [112].

Revalidatie

Er zijn geen aanwijzingen dat er zich in de revalidatie sociaal-culturele ontwikkelingen voordoen die invloed hebben op de inzet van gz-psychologen. Het relatieve aandeel aan fte van gz-psychologen in deze branche is gering en is ten opzichte van het vorige arbeidsmarktonderzoek nog verder afgenomen. Ook voor deze branche wordt verondersteld dat er voor de komende periode sprake is van een nulgroei.

Jeugdhulp

Ten opzichte van 2012 is het aantal gz-psychologen substantieel gestegen (in fte) (zie §5.3.5). Tegen de achtergrond van de decentralisatie van de financiering van de jeugdhulpverlening waarop veel instellingen voor jeugdzorg hebben geanticipeerd met het – versneld – laten afvloeien van (gz)professionals is deze groei opmerkelijk. Een verklaring kan zijn dat een deel van de professionals werkzaam in de jeugd-ggz bij de enquêtevraag in welke branche zij werkzaam zijn 'jeugdzorg' heeft gekozen en een deel g-ggz[113]. Uit het veld van de jeugd-ggz is vernomen dat er momenteel sprake is van een consolidatie van de – huidige - zorgvraag en dat de verwachting bestaat dat de door de decentralisatie beoogde vroege signalering zal leiden tot de inzet van minder – gespecialiseerde – professionals. Voor de komende periode wordt hier een stabilisatie of nulgroei verondersteld.

---

[111] NZa, (2015). Marktscan en beleidsbrief. Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014,. Weergave van de markt 2010-2013. p.45-48

[112] Expertbijeenkomst Forensische zorg (Capaciteitsorgaan, 2015).

[113] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht. In de enquête die eind 2014 is afgenomen, is de term 'Jeugdzorg' nog gehanteerd.

4.4.2 Psychotherapeut

Bijna 90% van de psychotherapeuten is werkzaam in de g-ggz of in een combi-praktijk met ook gb-ggz (in fte) (zie §5.3.5). Er zijn geen redenen om vanwege sociaal-culturele ontwikkelingen een uitbreiding van de patiëntenpopulatie te verwachten in deze branches. Wel zijn verschuivingen in de inzet van psychotherapeuten van vrijgevestigde praktijken naar ggz-instellingen mogelijk. In de overige branches is steeds slechts een paar procent van de psychotherapeuten werkzaam en zijn geen dominante sociaal-culturele ontwikkelingen zichtbaar. Voor de komende periode wordt voor de psychotherapeut op sociaal-cultureel vlak een nulgroei verwacht.

4.4.3 Klinisch psycholoog

De klinisch psychologen zijn grotendeels werkzaam in de g-ggz, in een combi-praktijk met ook gb-ggz en in ziekenhuizen (in fte) (zie §5.3.5). Zij bedienen daar vooral een patiëntenpopulatie met complexe vormen van psychopathologie, die meerdere domeinen van functioneren betreffen. Op basis van de toetredingsdeterminanten wordt er geen groei van de patiëntenpopulatie verwacht en is er geen sprake van zorgvragers die de weg naar de zorg nog niet gevonden hebben. Eerder in deze paragraaf werd bij de gz-psychologen genoemd dat er vanuit het management en de medisch specialisten een toenemende vraag naar psychologische zorg is. Deze vraag lijkt echter vooral te leiden tot een toename van het aantal gz-psychologen en klinisch neuropsychologen in de ziekenhuizen. Het aantal fte aan klinisch psychologen neemt juist af in deze branche. Een mogelijke oorzaak hiervan ligt in de relatief hoge vacaturegraad voor klinisch psychologen (zie §4.5). Op basis van deze trends wordt op sociaal-cultureel vlak een verdere stabilisatie van de zorgvraag verwacht.

4.4.4 Klinisch neuropsycholoog

Het grootste aandeel klinisch neuropsychologen is werkzaam in ziekenhuizen (zie §5.3.5). Op het vlak van sociaal-culturele ontwikkelingen is een trend zichtbaar dat neurologen, geriaters en revalidatieartsen in toenemende mate verwijzen voor neuropsychologisch onderzoek[114]. Ten opzichte van 2012 is er dan ook een toename zichtbaar van het aantal klinisch neuropsychologen in de ziekenhuizen (in fte). In de overige branches waar de klinisch neuropsycholoog werkzaam is, lijken zich geen invloedrijke sociaal-culturele ontwikkelingen voor te doen. Op basis hiervan wordt een toename van de beroepsgroep verwacht, vanwege sociaal-culturele ontwikkelingen.

4.4.5 Verpleegkundig specialist ggz

De deelbranches waar het meeste fte aan verpleegkundig specialisten ggz ingezet wordt zijn de instellingen voor gb-ggz en g-ggz (zie §5.3.5). In de gb-ggz wordt de verpleegkundig specialist steeds vaker ingezet op het product Chronisch. Daarnaast wordt, zoals beschreven bij de gz-psycholoog, voor de patiëntenpopulatie in de gb-ggz een uitbreiding verwacht met zorgvragers die voorheen geen zorg afnamen. Voor de komende jaren wordt een lichte groei verwacht van deze beroepsgroep vanwege sociaal-culturele ontwikkelingen.

---

[114] Expertbijeenkomst Klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog (Capaciteitsorgaan, 2015) en begeleidingscommissie beroepen geestelijke gezondheid.

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen zijn de parameterwaarden sociaal-cultureel vastgesteld (tabel 13). Hierbij hebben de branches met het grootste aandeel fte (per beroepsgroep) de richting en de omvang van de waarden bepaald.

Tabel 13: Parameterwaarden sociaal-cultureel per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	1,7%	0,0%	0,0%	1,0%	0,5%

4.5 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de zorgvraag die niet verleend wordt als gevolg van het ontbreken van een toereikend aantal professionals. Als de vraag groter is dan het aanbod, uit dit zich in wachtlijsten, moeilijk vervulbare vacatures en een hoge vacaturegraad. De vacaturegraad betreft het percentage vacatures in fte ten opzichte van het totaal aantal fte aan werkzamen[115]. Het is ook mogelijk dat de vraag naar beroepsbeoefenaren kleiner is dan het aanbod. Er is dan sprake van werkloosheid, een korte doorlooptijd van vacatures en geen of korte wachtlijsten.

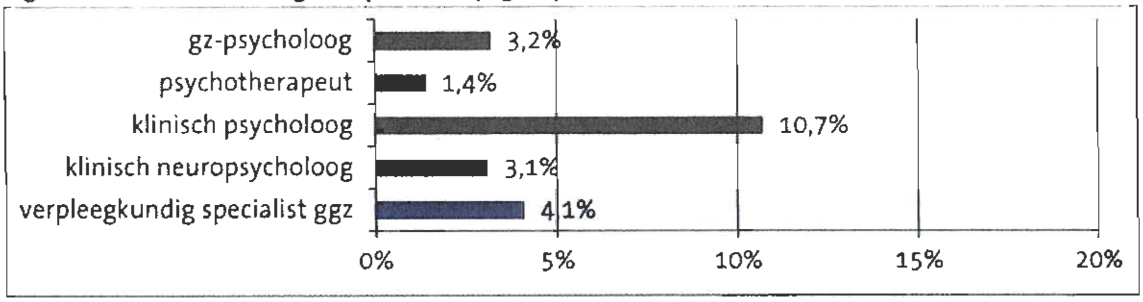
Omdat er voor de beroepen geestelijke gezondheid geen betrouwbare wachtlijstgegevens beschikbaar zijn[116], is de informatie voor het Capaciteitsplan 2015 gebaseerd op een onderzoek naar de onvervulde vraag onder zorgaanbieders[117]. Uit dit onderzoek blijkt dát er voor de klinisch psycholoog in verhouding veel vacatures zijn: de vacaturegraad bedraagt bijna 11%. Voor de andere beroepsgroepen ligt de vacaturegraad lager (figuur 12).

Zorgaanbieders geven in het onderzoek naar de onvervulde vraag aan de meeste moeite te hebben met het invullen van vacatures voor klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. In de ggz en in de ziekenhuizen komt het voor dat zorgaanbieders vacatures voor klinisch psychologen invullen met lager of anders gekwalificeerd personeel. In plaats van klinisch psychologen worden voornamelijk gz-psychologen en ook wel psychiaters, verpleegkundig specialisten ggz en psychotherapeuten ingezet. Klinisch neuropsychologen worden vervangen door gz-psychologen of klinisch psychologen. In de gehandicapten- en verpleeghuiszorg voelen zorgaanbieders zich genoodzaakt om lager of anders gekwalificeerd personeel in te zetten in plaats van gz-psychologen. Het gaat dan vooral om masterpsychologen en -orthopedagogen[118].

[115] De vacaturegraad kan ook in aantal personen uitgedrukt worden.
[116] De informatie over wachttijden op de websites van zorgaanbieders in de geestelijke gezondheid zijn slecht vergelijkbaar, doordat er geen eenduidige begrippen worden gehanteerd.
[117] Kiwa Carity (2015). Tekorten aan GZ-professionals. Bevindingen uit een enquête naar de onvervulde vraag bij vijf BIG-geregistreerde GZ-beroepen. Utrecht.
[118] Zie voorgaande voetnoot.

De vacaturegraad[119] is voor deze raming als uitgangspunt genomen voor het vaststellen van de onvervulde vraag. Hierbij is de vacaturegraad per beroep gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid[120]. De frictiewerkloosheid duidt de wrijving tussen vraag en aanbod die hoort bij het wisselen van banen op een normaal functionerende arbeidsmarkt. De parameterwaarden voor onvervulde vraag zijn zichtbaar in tabel 14.

Figuur 12: Vacaturegraad per beroepsgroep[121]



Tabel 14: Parameterwaarden onvervulde vraag per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	1,2%	0,0%	8,7%	1,1%	2,1%

4.6 Arbeidstijdverandering

In het arbeidsmarktonderzoek is gevraagd of beroepsbeoefenaren meer of minder uren willen gaan werken. Per saldo wil men iets minder gaan werken. Maar in vergelijking met de vorige meting blijkt men ongeveer hetzelfde aantal uren te werken per persoon en soms zelfs iets meer. Geconcludeerd wordt dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering[122].

Tabel 15: Parameterwaarden arbeidstijdverandering per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

[119] Het percentage vacatures in fte ten opzichte van het totaal aantal fte aan werkzamen.
[120] Formule: *vacaturegraad – frictiewerkloosheid = onvervulde vraag*. Bron: Capaciteitsorgaan (2015).
[121] Kiwa Carity (2015). Tekorten aan GZ-professionals. Bevindingen uit een enquête naar de onvervulde vraag bij vijf BIG-geregistreerde GZ-beroepen. Utrecht.
[122] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.

4.7 Parameterwaarden 'Zorgvraag'

Onderstaande parameterwaarden, met betrekking tot zorgvraag, zijn gebruikt voor het instroomadvies.

Tabel 16: Parameterwaarden 'Zorgvraag' raming 2015 per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleeg-kundig specialist ggz
Demografie 2020	-0,2%	-0,3%	0,1%	1,0%	3,0%
2025	-0,3%	-1,1%	0,0%	1,6%	4,5%
2030	-0,4%	-2,4%	-0,1%	3,2%	5,7%
2035	-0,4%	-3,6%	-0,3%	4,6%	6,9%
Epidemiologie	0%	0%	0%	0%	0%
Sociaal-cultureel	1,7%	0%	0%	1,0%	0,5%
Onvervulde vraag	1,2%	0%	8,7%	1,1%	2,1%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%	0%	0%

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Het zorgaanbod betreft het aantal beroepsbeoefenaren in de zorg, dat per 1 januari 2015 werkzaam is in één van de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Behalve over het aantal beroepsbeoefenaren dat werkzaam is, wordt in dit hoofdstuk ook een uitspraak gedaan over kenmerken van deze beroepsbeoefenaren die in de raming meewegen bij het zorgaanbod. Bij de aantallen gaat het dan zowel om het aantal werkzame personen als het aantal fte's dat zij werkzaam zijn. Andere kenmerken zijn geslacht, uitstroom en extern rendement.

In dit hoofdstuk wordt voorts informatie verstrekt over een aantal items die niet van belang zijn voor de berekening van het aantal opleidingsplaatsen, maar wel een aanvulling zijn op het beeld van de betreffende beroepsgroepen en werkvelden. Zo wordt inzicht geboden in het verschijnsel (dubbel)registraties en wordt een beeld geschetst van de spreiding van de beroepsgroepen over de verschillende branches.

Bronnen

De gegevens die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn in hoofdzaak ontleend aan de resultaten van een arbeidsmarktonderzoek onder de vijf beroepsgroepen geestelijke gezondheid[123]. Voor het arbeidsmarktonderzoek zijn schriftelijke enquêtes afgenomen bij BIG-geregistreerden, op basis van een steekproef getrokken uit het BIG-register.

Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens van de verschillende registratieorganen voor beroepsbeoefenaren. De beroepsbeoefenaren van alle vijf de beroepen geestelijke gezondheid zijn geregistreerd in het BIG-register. Daarnaast zijn de specialisten ook geregistreerd bij andere registratieorganen. Het registratieorgaan voor de klinisch(neuro)psychologen is de Registratiecommissie Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog (RSG). Deze registratiecommissie is ondergebracht bij de FGzPt. Voor de verpleegkundig specialisten ggz is dat de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV), welke administratief en bedrijfsmatig ondersteund wordt door de V&VN. Bij alle registers is na vijf jaar een herregistratie nodig op basis van criteria op het vlak van werkervaring en scholing/deskundigheidsbevordering. Voor de gz-psycholoog en de psychotherapeut zijn ten tijde van deze raming nog geen actuele registratiegegevens beschikbaar omdat vijfjaarlijkse herregistratie in het BIG-register voor deze beroepen pas sinds 1 januari 2012 verplicht is. Zij moeten zich dus uiterlijk voor 1 januari 2017 herregistreren.

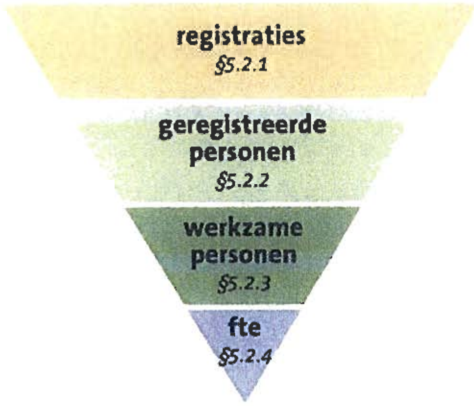
De gegevens in dit hoofdstuk op peildatum 31 december van een jaar worden steeds weergegeven als 1 januari van het daarop volgende jaar.

[123] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.

5.2 Werkzame personen uitgedrukt in aantal fte

Het ramingsmodel maakt gebruik van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren en het aantal fte dat zij werken. Deze aantallen liggen lager dan het aantal registraties en het aantal unieke geregistreerde personen (zie §5.2.1). Omdat er meer dan eens spraakverwarring ontstaat over het aantal beroepsbeoefenaren door het gebruik van verschillende typen informatie, worden de verschillen besproken in deze paragraaf. Figuur 13 bevat een overzicht van de verschillende typen informatie die in deze paragraaf aan de orde komen.

Figuur 13: Opbouw paragraaf naar typen informatie over aantallen beroepsbeoefenaren



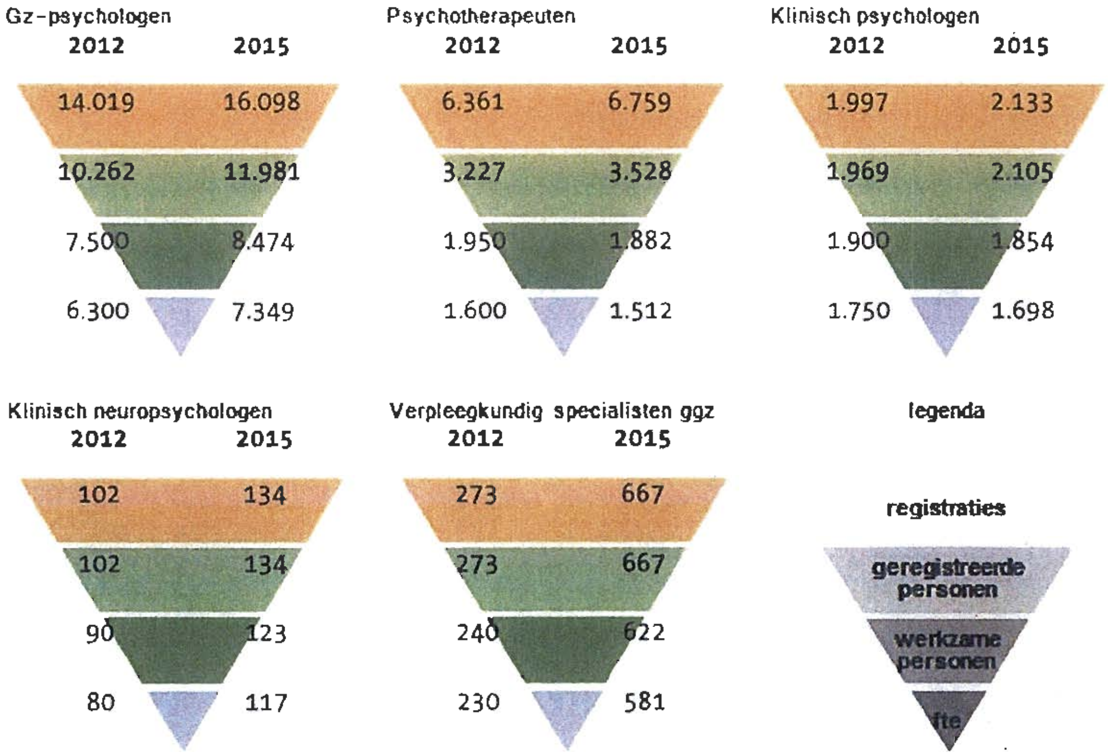
Hieronder zijn de belangrijkste trends beschreven die zichtbaar zijn in de ontwikkeling van de aantallen geregistreerden en werkzamen (in fte). In de volgende subparagrafen wordt dieper op de gegevens ingegaan.

Ten opzichte van het arbeidsmarktonderzoek van 2012 is het aantal werkzame gz-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz in de zorg (sterk) toegenomen. Bij de psychotherapeuten en klinisch psychologen is daarentegen een daling zichtbaar (§5.2.3). Deze ontwikkelingen vertalen zich door in het totaal aantal fte (§5.2.4).

De daling van het aantal werkzame psychotherapeuten en klinisch psychologen, is niet zichtbaar in het aantal geregistreerden. Voor alle beroepsgroepen is een stijging zichtbaar van het aantal geregistreerden in de bevraagde registers. Mogelijk zijn er meer geregistreerde psychotherapeuten en klinisch psychologen (deels) in beleids-, management- of onderwijsfuncties gaan werken, waardoor het aantal personen dat in het arbeidsmarktonderzoek opgeeft werkzaam te zijn in het beroep, daalt. Een andere mogelijkheid is dat personen recentelijk gestopt zijn met werken en zich (nog) niet hebben uitgeschreven in het register. Hun registratie vervalt dan pas bij de volgende herregistratieronde.

Daarnaast kunnen verschillen in het aantal werkzame personen volgens het arbeidsmarktonderzoek en het aantal BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren worden verklaard doordat een geregistreerd persoon: beschikt over een niet-Nederlands adres, ouder is dan 70 jaar, zich na het opvragen van de gegevens op 5-11-2014 heeft geregistreerd en/of wel werkt binnen het beroep maar niet binnen de zorg.

Figuur 14: Aantal BIG-registraties, BIG-geregistreerden, werkzame personen en fte per 1 januari 2012 en 2015[124]



5.2.1 Aantal registraties

Zoals ook in het Venn-diagram (figuur 1 in hoofdstuk 2) is te zien, is er overlap tussen verschillende registraties van beroepsbeoefenaren. Hierdoor zijn er veel meer registraties, dan dat er geregistreerde personen zijn binnen de beroepen geestelijke gezondheid. Het totaal aantal registraties in het BIG-register op 1 januari 2015 bedraagt 25.791. Het aantal uniek geregistreerde personen in de vijf beroepsgroepen geestelijke gezondheid bedraagt 18.415. Er zijn dus ruim 7.300 meer registraties dan personen[125].

De reden hiervan is dat inschrijvingen in het BIG-register in één van de twee basisberoepen (gz-psycholoog en psychotherapeut) en in één van de specialismen door het BIG-register bij elkaar op worden geteld. Dit levert dubbelregistraties op die voor deze raming zijn uitgesplitst. Overlap in bepaalde registraties is dus vanzelfsprekend. Een geregistreerd klinisch (neuro)psycholoog dient tevens geregistreerd te zijn als gz-psycholoog. Andere overlappen in registraties zijn nu nog zichtbaar onder (vooral) oudere beroepsbeoefenaren, maar niet langer vanzelfsprekend.

[124] Nivel (2012) en Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz. Utrecht. Het aantal registraties en geregistreerden voor 2012 is gebaseerd op de BIG-gegevens die eind 2014 zijn opgevraagd. Deze wijken af van de gegevens die Nivel in 2012 heeft opgevraagd, omdat het BIG-register met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd.
[125] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.

Bijvoorbeeld: de registratie tot psychiater hield, tot een aantal jaar geleden, ook in dat men automatisch als psychotherapeut geregistreerd werd. Dit automatisme geldt niet meer. Er is nu een specifieke aantekening voor nodig die onder de werking van de vijfjaarlijkse herregistratieplicht valt. Het aantal psychiaters met een (dubbel)registratie als psychotherapeut zal hierdoor de komende jaren geleidelijk wel afnemen, maar niet geheel verdwijnen.

5.2.2 Aantal geregistreerde personen (exclusief dubbelregistraties)

Tabel 17 geeft het aantal unieke BIG-geregistreerden voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid weer exclusief dubbelregistraties. Bij het uitsluiten van dubbelregistraties zijn de volgende richtlijnen gehanteerd: onder de psychotherapeuten vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut en gz-psycholoog. Onder de klinisch psychologen vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut en (uiteraard) gz-psycholoog. Onder de klinisch neuropsychologen vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut, klinisch psycholoog en (uiteraard) gz-psycholoog.

Het totaal aantal unieke BIG-geregistreerden voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid neemt over de periode 2012-2015 toe met 16%. Deze stijging is zichtbaar bij alle beroepsgroepen. De grootste relatieve toename is zichtbaar bij de verpleegkundig specialisten ggz. Zij stijgen over 2012-2015 van 273 naar 667 unieke registraties. Het aantal unieke geregistreerde gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen stijgt respectievelijk met 17%, 9%, 7% en 31%.

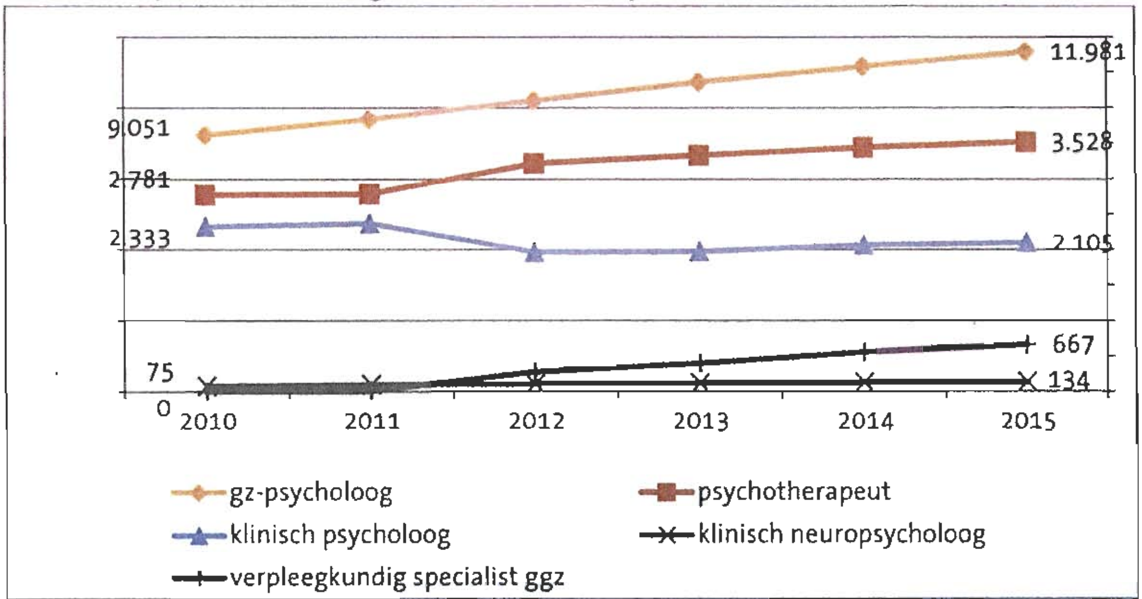
In figuur 15 is in 2012 een afname zichtbaar van het aantal unieke BIG-geregistreerde klinisch psychologen. Reden hiervoor is de herregistratie die gedurende 2011 plaatsvond, waardoor er een aanzienlijke afname was van het aantal geregistreerden in 2012. Sindsdien stijgt het aantal BIG-geregistreerde klinisch psychologen weer gestaag.

Tabel 17: Aantal BIG-geregistreerde personen per 1 januari 2010-2015 (exclusief dubbelregistraties, inclusief 70-plussers en niet-Nederlandse adressen)[126]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gz-psycholoog	9.051	9.618	10.262	10.915	11.458	11.981
Psychotherapeut	2.781	2.796	3.227	3.341	3.451	3.528
Klinisch psycholoog	2.333	2.379	1.969	1.980	2.069	2.105
Klinisch neuropsycholoog	75	95	102	115	125	134
Verpleegkundig specialist ggz	0	14	273	398	557	667

[126] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht. Het aantal geregistreerden over 2010, 2012 en 2013 wijkt af van het aantal geregistreerden zoals dat vermeld was in het instroomadvies 2013. De grootste verschillen zijn zichtbaar over het jaar 2010. Dit komt doordat het BIG-register met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd (bron: telefonische toelichting Nivel 24-02-2015). Daarnaast is het aantal geregistreerden in het instroomadvies van 2013 benaderd op basis van het aantal registraties bij FGzPt en V&VN (voor de specialisten) en op basis van het aantal BIG-geregistreerden per 1-1-2012 en de uitstroom in de opleidingen in 2012 (voor de gz-psychologen en psychotherapeuten). De aantallen BIG-geregistreerden zijn eind 2014 opgevraagd.

Figuur 15: Ontwikkeling aantal BIG-geregistreerde personen per 1 januari 2010-2015 (exclusief dubbelregistraties, inclusief 70-plussers en niet-Nederlandse adressen) [127]



Alle vijf de beroepen geestelijke gezondheid zijn dus geregistreerd in het BIG-register. De specialismen zijn daarnaast ook geregistreerd bij de registratieorganen RSG (klinisch (neuro)psychologen) en RSV (verpleegkundig specialisten ggz). Er zijn enkele kleine verschillen zichtbaar in het aantal geregistreerden binnen de specialismen in het BIG-register en de specialistenregisters (tabel 18). De trends in het aantal registraties zijn echter vergelijkbaar[128].

Tabel 18: Aantal bij RSG en RSV geregistreerde personen per 1 januari 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Klinisch psycholoog	2.333	2.400	1.964	2.008	2.118	2.159
Klinisch neuropsycholoog	76	96	100	113	120	132
Verpleegkundig specialist ggz[129]	.	.	287	438	565	691

[127] Zie voorgaande voetnoot.
[128] De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat registratie in een specialistenregister voorafgaat aan de datum van aantekening in het BIG-register. Wanneer aantekening in het BIG-register plaatsvindt, wordt in het BIG-register niet de datum van inschrijving in het specialistenregister opgenomen, maar de datum van aantekening. Daarnaast is er sprake van een verwerkingstijd vanaf het moment dat RSG, RSV en het BIG-register aanpassingen, zoals doorhaling of overlijden, aan elkaar doorgeven. Bron: E-mail RSG (12-03-2015) en e-mail RSV (12-03-2015).
[129] Voor 2010 en 2011 zijn geen gegevens beschikbaar.

5.2.3 Aantal werkzame personen

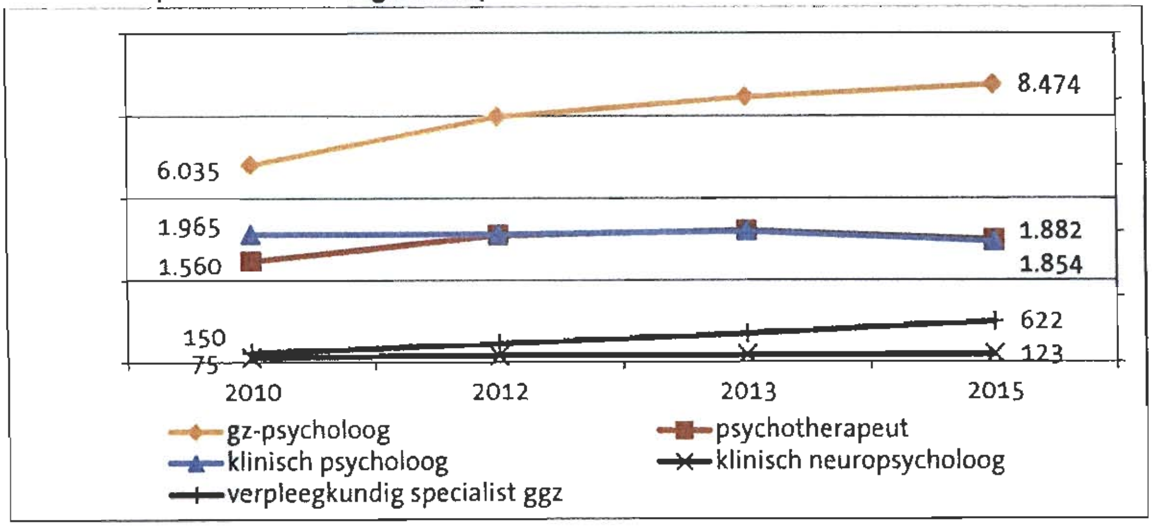
Het aantal geregistreerde personen ligt hoger dan het aantal werkzame personen, doordat niet alle geregistreerden nog werkzaam zijn in het beroep. Het aantal werkzame personen is een verfijning van het aantal personen dat geregistreerd is. Het arbeidsmarktonderzoek geeft een goed inzicht in het aantal werkzame beroepsbeoefenaren in de zorg[130] (zie tabel 19 en figuur 16).

Ten opzichte van het arbeidsmarktonderzoek van 2012 is het aantal werkzame gz-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz in de zorg (sterk) toegenomen, met respectievelijk 13%, 37% en 159%. Bij de psychotherapeuten en klinisch psychologen is daarentegen een daling zichtbaar ten opzichte van 2012 van 3% en 2%.

Tabel 19: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren per 1 januari 2010-2015[131]

	2010	2012	2013	2015
Gz-psycholoog	6.035	7.500	8.100	8.474
Psychotherapeut	1.560	1.950	2.020	1.882
Klinisch psycholoog	1.965	1900	2.008	1.854
Klinisch neuropsycholoog	75	90	113	123
Verpleegkundig specialist ggz	150	240	438	622

Figuur 16: Ontwikkeling aantal werkzame personen in de zorg per 1 januari 2010-2015 (exclusief dubbelregistraties)[132]



[130] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[131] De cijfers van 2010 zijn ontleend aan het Capaciteitsplan 2011. De cijfers van 2012 zijn gebaseerd op het arbeidsmarktonderzoek van Nivel (2012). In het vorige ramingsrapport was het aantal geregistreerde specialisten voor 2012 gelijk gesteld aan het aantal werkzame specialisten. De cijfers voor 2013 zijn voor de gz-psycholoog en psychotherapeut gebaseerd op het arbeidsmarktonderzoek van Nivel (2012) met een doorberekening naar 2013 aan de hand van verwachte uitstroom en het aantal gediplomeerden in 2012. Het aantal werkzamen in 2013 voor de specialismen is gelijk gesteld aan het aantal geregistreerden per 1-1-2013 bij de registratieorganen van FGzPt en V&VN. De cijfers voor 2015 zijn voor alle beroepen gebaseerd op het arbeidsmarktonderzoek van Nivel (2015).
[132] Zie voorgaande voetnoot.

5.2.4 Aantal fte's

Tenslotte is de omvang van het dienstverband, oftewel het aantal fulltime equivalents (fte's) onderzocht[133]. Het aantal werkzame fte vormt het uitgangspunt voor de raming. In het arbeidsmarktonderzoek is net als in 2012 aan de beroepsbeoefenaren gevraagd hoeveel uur zij werkten. De norm die gehanteerd is bij het vaststellen van het gemiddeld aantal fte per beroepsgroep en geslacht is dat 1 fte 36 uur representeert. In tabel 20 is het gemiddelde en totaal aantal fte per beroepsgroep weergegeven voor 2015 en 2012.

Het totaal aantal werkzame fte voor de psychotherapeuten en klinisch psychologen daalt ten opzichte van 2012, met respectievelijk 6% en 3%. Voor de andere beroepsgroepen stijgt het totaal aantal werkzame fte. Voor de gz-psychologen is een stijging van 17% zichtbaar, en bij de klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz loopt dit op tot respectievelijk 46% en 153%.

Het gemiddeld aantal fte blijft voor de psychotherapeut en klinisch psycholoog vrijwel gelijk, doordat ook het aantal werkzame personen afneemt. Ook voor de andere beroepen is het gemiddeld aantal fte dat per beroepsgroep gewerkt wordt ten opzichte van 2012 redelijk stabiel (figuur 17)[134]. Bij de gz-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog is een lichte stijging zichtbaar (+0,03 en +0,04). Voor de psychotherapeut en verpleegkundig specialist is sprake van een zeer lichte afname (-0,01). Dit komt vooral omdat de mannen in deze beroepsgroepen wat minder fte zijn gaan werken (-0,02). Het gemiddeld aantal fte voor de klinisch psycholoog blijft gelijk. Vrouwen werken over het algemeen iets minder dan mannen.

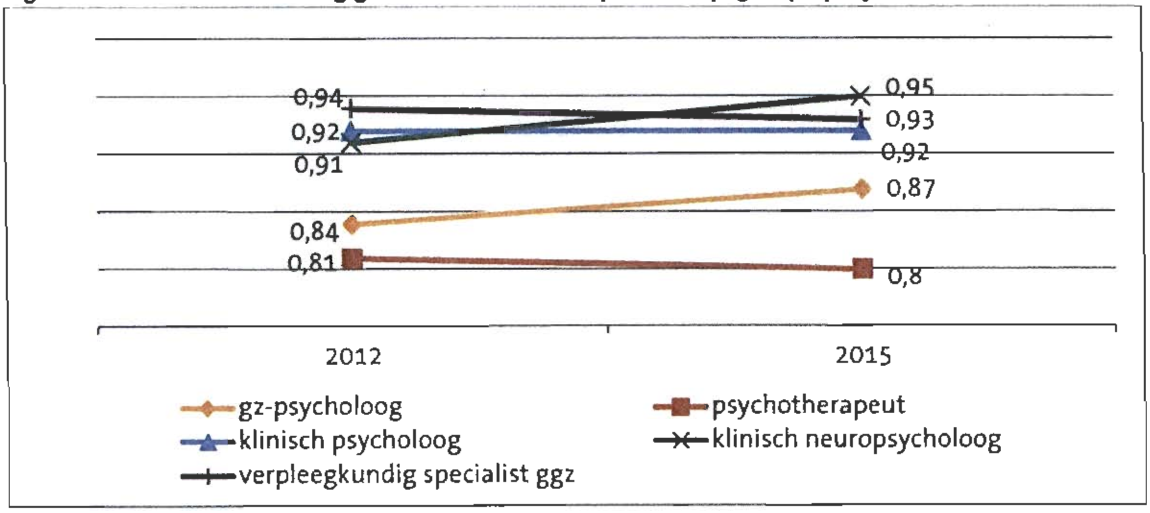
Verder kunnen mensen nog als vrijgevestigde aan het werk zijn in combinatie met een betrekking in loondienst. Dit verklaart ook het feit dat het gemiddelde aantal fte's van de mannelijke klinisch psychologen in het onderzoek iets boven 1 fte uitkomt: men werkt, naast een baan in loondienst, ook als zelfstandige.

[133] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[134] Voor het instroomadvies van 2013 zijn cijfers uit het arbeidsmarktonderzoek van Nivel gehanteerd met als peildatum 1-1-2012.

Tabel 20: (gemiddeld) aantal fte en werkzamen per beroepsgroep en geslacht op 1 januari 2012 en 2015[135]

	Gemiddeld aantal fte mannen	Gemiddeld aantal fte vrouwen	Gemiddeld aantal fte	Aantal fte
2015				
Gz-psycholoog	0.96	0.85	0.87	7.349
Psychotherapeut	0.83	0.79	0.80	1.512
Klinisch psycholoog	1.02	0.88	0.92	1.698
Klinisch neuropsycholoog	1.01	0.92	0.95	117
Verpleegkundig specialist ggz	0.98	0.91	0.93	581
2012				
Gz-psycholoog	0.89	0.82	0.84	6.300
Psychotherapeut	0.85	0.78	0.81	1.600
Klinisch psycholoog	1.01	0.87	0.92	1.750
Klinisch neuropsycholoog	0.94	0.89	0.91	80
Verpleegkundig specialist ggz	1.00	0.91	0.94	230

Figuur 17: Ontwikkeling gemiddeld aantal fte per beroepsgroep op 1 januari 2012 en 2015



[135] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.

5.3 Kenmerken beroepsgroepen

Hieronder wordt ingegaan op specifieke kenmerken van iedere beroepsgroep.

5.3.1 Instroom in het beroep

De instroom in het vak voor de beroepen geestelijke gezondheid geschiedt uitsluitend via diplomering in de betreffende (vervolg)opleidingen. Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van buitenlandse instroom. Meer informatie over de opleidingen is terug te vinden in hoofdstuk 3.

5.3.2 Uitstroom uit het beroep

Om te bepalen hoeveel van de huidig werkzame personen in de toekomst het beroep zullen verlaten wordt de uitstroomverwachting vastgesteld. De uitstroomverwachting wordt uitgedrukt in een percentage en is een weergave van het deel van het huidig aantal werkzame personen dat na 5, 10, 15 en 20 jaar uitgestroomd zal zijn uit het beroep.

Uitstroom van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren uit het vak kan om verschillende redenen gebeuren. Bijvoorbeeld vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, wegens verminderde interesse in het vak, ontslag, emigratie, ziekte of vanwege overlijden. De uitstroom uit het beroep is uiteraard sterk afhankelijk van de leeftijd van beroepsbeoefenaren. Zo zal een vergrijsde beroepsgroep een hoger uitstroompercentage kennen. Verder stroomt een deel van de gz-psychologen uit het beroep van gz-psycholoog, doordat zij een registratie tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog behalen. Daarnaast is er sprake van een uitstroom wanneer gz-psychologen succesvol de opleiding tot psychotherapeut afronden.

De verwachte uitstroom is, net als bij de vorige raming, bepaald op basis van het arbeidsmarktonderzoek en het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)[136]. In het arbeidsmarktonderzoek zijn de respondenten daarnaast gevraagd naar het jaar waarop zij verwachten uit het beroep te zullen stromen. Deze verwachtingen vormen echter een onderschatting van de daadwerkelijke uitstroom, omdat mensen onvoldoende rekening houden met onverwachte redenen van uitstroom, zoals ziekte. Daarom is naast de prospectieve benadering ook een retrospectieve benadering gehanteerd. Op basis van het SSB is berekend hoe groot het aandeel is per leeftijdsgroep en geslacht van de in 2012 erkende en werkzame personen. Deze percentages zijn vervolgens toegepast op het huidige aantal werkzame personen volgens het arbeidsmarktonderzoek, met steeds een verschuiving van 5 jaar. Bijvoorbeeld: voor degenen die nu 35-39 jaar oud zijn, is voor de uitstroom over 5 jaar gekeken naar het aandeel werkzame personen onder de 40-44-jarigen. De uitkomsten van beide benaderingen zijn hierna gemiddeld. In de tabel 21 zijn de uitstroomverwachtingen weergegeven.

De veranderingen die ten opzichte van de raming van 2013 zichtbaar zijn geworden, zijn voor alle beroepsgroepen hetzelfde: de percentages uitstroom laten zien dat beroepsbeoefenaren naar verwachting langer in hun huidige arbeidsmarktpositie werkzaam te zijn. Dit komt onder andere doordat beroepsbeoefenaren in het arbeidsmarktonderzoek aangeven dat zij verwachten langer door te werken dan in het onderzoek in 2012 het geval was[137].

---

[136] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[137] Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2012. Utrecht.

Deze ontwikkeling komt niet als een verrassing tegen de achtergrond van de onzekere verwachtingen omtrent de arbeidsmarktmogelijkheden en de daaraan verbonden inkomensverwerving. Ook de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd - uiteindelijk naar 67 jaar - draagt hieraan bij. Daarnaast was voor deze raming een meer nauwkeurige berekening van de uitstroom mogelijk, doordat er meer gegevens beschikbaar waren voor een cross-sectionele analyse. Hieruit bleek dat de daadwerkelijke uitstroom uit de beroepen lager ligt dan eerder aangenomen. Ten aanzien van de verpleegkundig specialist ggz speelt voorts een rol dat nu voor het eerst een koppeling gemaakt kon worden met de SSB bestanden. De (naar nu blijkt te hoge) aannames zijn vervangen door op feiten gebaseerde ontwikkelingen.

De uitsplitsing naar geslacht levert enkele interessante verschillen op. Wat opvalt is dat de uitstroom bij mannen over alle perioden groter is dan bij vrouwen. Voor alle beroepen geldt: hoe hoger de leeftijdscategorie, hoe groter het aandeel mannen. De komende jaren stromen er dus in verhouding meer mannen uit dan vrouwen, wat zorgt voor verdere feminisering van de beroepen.

Tabel 21: Uitstroomverwachtingen per beroepsgroep en geslacht vanaf 1 januari 2015

	Na 5 jaar (tot 2020)	Na 10 jaar (tot 2025)	Na 15 jaar (tot 2030)	Na 20 jaar (tot 2035)
Gz-psycholoog	11%	23%	35%	47%
Psychotherapeut	35%	51%	65%	76%
Klinisch psycholoog	17%	36%	59%	71%
Klinisch neuropsycholoog	13%	22%	39%	58%
Verpleegkundig specialist ggz	2%	6%	23%	42%
Uitstroom mannen				
Gz-psycholoog	20%	42%	62%	67%
Psychotherapeut	52%	70%	79%	87%
Klinisch psycholoog	27%	56%	78%	89%
Klinisch neuropsycholoog	29%	41%	67%	81%
Verpleegkundig specialist ggz	2%	7%	30%	53%
Uitstroom vrouwen				
Gz-psycholoog	10%	20%	30%	43%
Psychotherapeut	26%	42%	58%	70%
Klinisch psycholoog	13%	27%	51%	64%
Klinisch neuropsycholoog	4%	11%	23%	45%
Verpleegkundig specialist ggz	2%	6%	19%	37%

5.3.2.1 Leeftijdsopbouw beroepsbeoefenaren

De leeftijd van de werkzamen is geen parameter in het ramingsmodel, maar de uitstroom uit een beroep is wel sterk afhankelijk van de leeftijd van beroepsbeoefenaren. De leeftijdsopbouw van de beroepsbeoefenaren heeft dus indirect invloed op de raming. Hieronder volgt daarom meer informatie over de leeftijdsopbouw van de werkzamen in de beroepen geestelijke gezondheid.

Tabel 22 en figuur 18 laten zien dat de gz-psychologen met 25% het grootste aandeel jongere werkzamen (tot 35 jaar) kennen, gevolgd door de verpleegkundig specialisten ggz. Bij de psychotherapeuten en klinisch psychologen valt ruim de helft van de werkzamen in de categorie 55+ (zie mediaan in figuur 18) en bijna 70% is 50+. Een aanzienlijk deel van deze beroepsbeoefenaren zal de komende jaren de arbeidsmarkt verlaten. Deze beroepsgroepen kennen dan ook de hoogste uitstroompercentages. Wat verder opvalt is dat een (relatief groot) deel van de gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen doorwerkt na het 65e levensjaar.

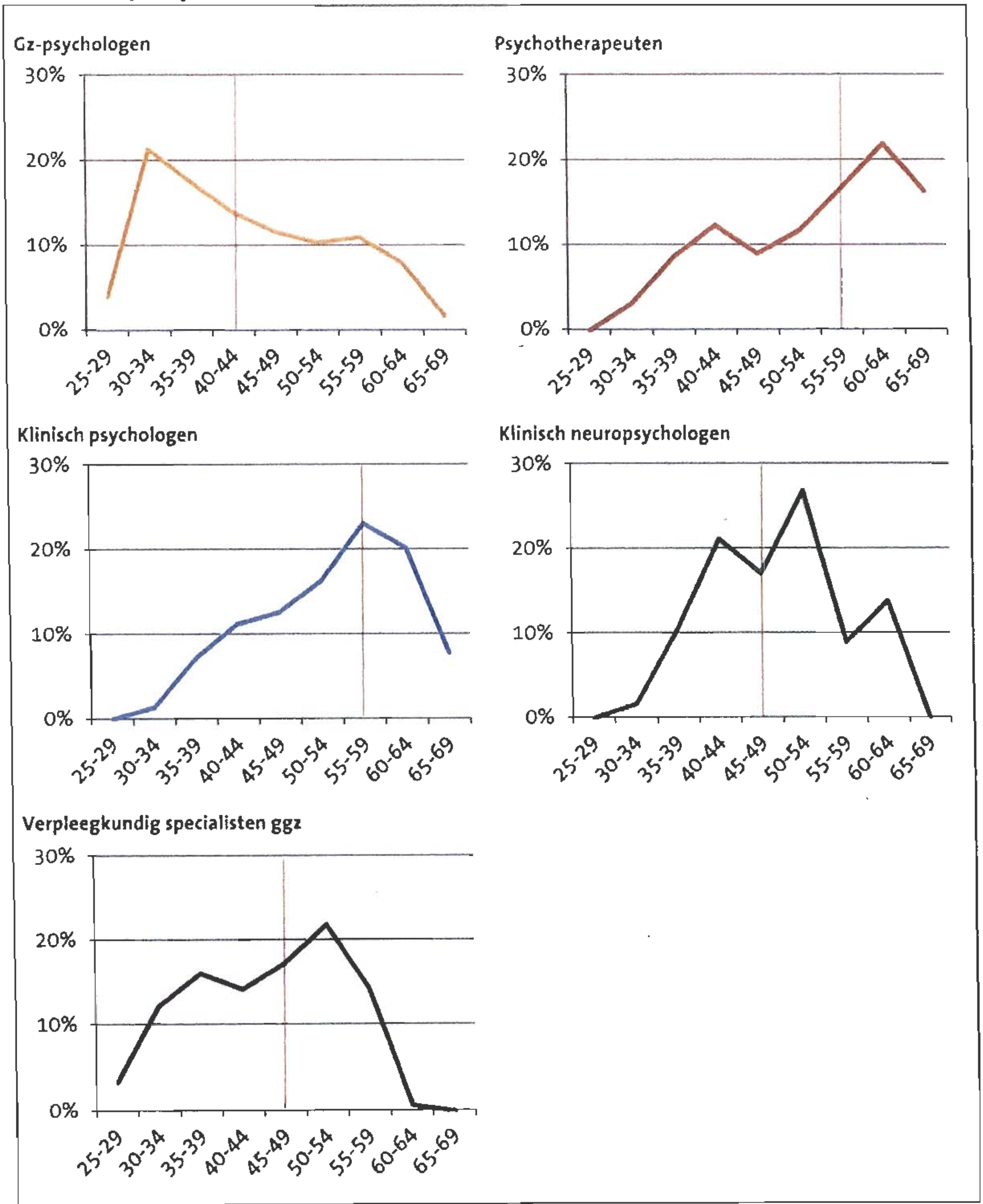
Tabel 22: Gemiddelde procentuele leeftijdsverdeling van werkzame personen per beroep per 1 januari 2015

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
25-29	4%	0%	0%	0%	3%
30-34	21%	3%	1%	2%	12%
35-39	18%	9%	7%	11%	16%
40-44	14%	12%	11%	21%	14%
45-49	12%	9%	13%	17%	17%
50-54	10%	12%	16%	27%	22%
55-59	11%	17%	23%	9%	14%
60-64	8%	22%	20%	14%	1%
65-69	2%	16%	8%	0%	0%

Donker gearceerde cellen bevat de leeftijdscategorie met het grootste aandeel werkzamen per beroep (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van de opleidelingen van een beroep in deze leeftijdscategorie valt.

Capaciteits
orgaan

Figuur 18: Percentage werkzame personen in de zorg per beroepsgroep en leeftijdscategorie per 1 januari 2015



De rode lijn geeft aan in welke leeftijdscategorie de mediaan ligt. De mediaan vormt het midden van de gegevensverzameling: de helft van de werkzame beroepsbeoefenaren is dus jonger en de andere helft is ouder.

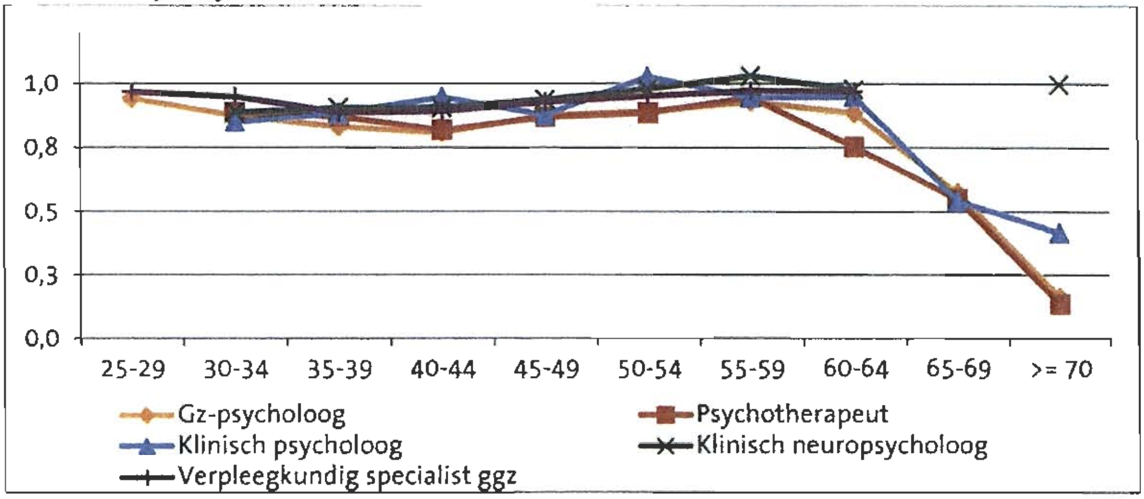
5.3.2.2 Aantal fte naar leeftijd

Naast de leeftijdscategorie van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren, speelt ook het aantal fte per leeftijdscategorie een rol bij de uitstroom van beroepsbeoefenaren. Het aantal fte dat de beroepsbeoefenaren werken, hangt samen met de leeftijdscategorie waarin zij vallen. Dit geeft zicht op de mate waarin beroepsbeoefenaren gemiddeld genomen gedurende hun loopbaan beschikbaar zijn/deels uitstromen uit het beroep.

In figuur 19 is het aantal fte's per leeftijdscategorie uitgesplitst. Bij de gz-psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten daalt het gemiddelde aantal fte's vanaf 25 jaar. Vanaf 45 jaar gaan de gz-psychologen en psychotherapeuten vervolgens weer meer fte werken. De verpleegkundig specialisten ggz werken na de aanvankelijke daling weer meer fte vanaf 40 jaar. Waarschijnlijk is deze dip in het gemiddeld aantal gewerkte fte te verklaren, doordat beroepsbeoefenaren tijdelijk minder werken omdat zij een gezin stichten. Bij de klinisch (neuro)psychologen doet deze trend zich niet voor. Bij hen is vanaf de eerste leeftijdscategorieën een stijging zichtbaar, die doorzet tot 59 jaar. Pas daarna daalt het gemiddeld aantal fte licht. Het gemiddeld aantal gewerkte fte bij de psychotherapeuten laat een wisselend beeld zien.

In de oudere leeftijdscategorieën gaan de beroepsbeoefenaren gemiddeld genomen minder werken. Bij de gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch neuropsychologen is vanaf 55-59 jaar een afname zichtbaar. Voor de klinisch psychologen begint het gemiddelde aantal fte af te nemen vanaf 60-64 jaar. Ook na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd blijft een deel van de beroepsbeoefenaren werkzaam. Zij gaan dan wel minder uren werken. De gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen werken gemiddeld genomen nog circa 0,5-0,6 fte in de leeftijdscategorie 65-69 jaar. Na het 70^{e} levensjaar daalt het aantal fte nog verder.

Figuur 19: Gemiddeld aantal fte per werkzaam persoon, beroepsgroep en leeftijdscategorie per 1 januari 2015



5.3.3 Extern rendement

Bij het extern rendement gaat het om de mate waarin personen die afstuderen cq. opgeleid worden, gaan werken en blijven werken als BIG-geregistreerd professional. Deze parameter geeft met een percentage aan hoeveel beroepsbeoefenaren 1, 5, 10 en 15 jaar na diplomering werkzaam zullen zijn. Het spiegelbeeld hiervan is uitstroom als gevolg van overlijden, (leeftijds-)ontslag, emigratie, etc. Bij de parameter uitstroom speelt echter ook weer de "doorstroom" van beroepsbeoefenaren naar een (vervolg)opleiding.

Een klein deel van de gediplomeerden zal zich niet direct na diplomering registreren in het BIG-register en daarmee ook niet werkzaam zijn in het vak (na 1 jaar zichtbaar). Na 5, 10 en 15 jaar zal het aantal gediplomeerden dat werkzaam is, verder afnemen. Deze afname wordt veroorzaakt door dezelfde redenen als de uitstroomkansen van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren.

In tegenstelling tot het vorige Capaciteitsplan (2011 resp. 2013) zijn de -meeste- aannames waarmee toen werd gewerkt, vervangen door empirisch onderbouwde uitkomsten. Voor deze raming is berekend welk deel van de BIG-geregistreerden die op 1-1-2015 nog geen 55 jaar waren en 1, 5, 10 en 15 jaar geleden voor het eerst zijn erkend, op 1-1-2015 werkzaam zijn in de zorg in Nederland[138]. Deze uitkomsten zijn gehanteerd als voorspelling voor het toekomstige externe rendement[139]. Daarnaast zijn de uitkomsten gezuiverd voor doorstroom van gz-psychologen naar de specialismen, door doorstromers niet mee te rekenen in het externe rendement, maar later in het ramingsproces te verrekenen (zie §7.1.2).

Het externe rendement blijkt na 5, 10 en 15 jaar aanzienlijk hoger dan in de vorige raming aangenomen (tabel 23).

Tabel 23: Extern rendement per beroepsgroep vanaf 1 januari 2015

	Na 1 jaar (tot 2016)	Na 5 jaar (tot 2020)	Na 10 jaar (tot 2025)	Na 15 jaar (tot 2030)
Gz-psycholoog	95%	95%	85%	88%
Psychotherapeut	99%	97%	94%	80%
Klinisch psycholoog	95%	98%	97%	95%
Klinisch neuropsycholoog	100%	96%	94%	91%
Verpleegkundig specialist ggz	97%	98%	96%	93%

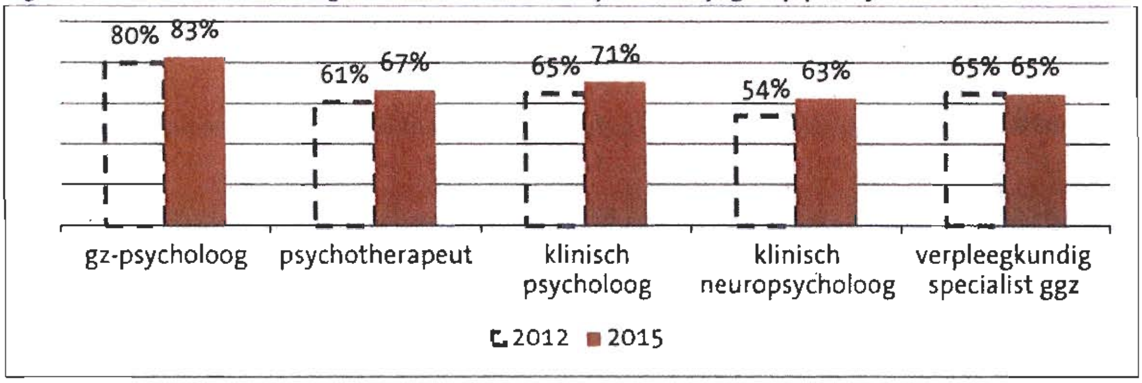
5.3.4 Percentage werkzame vrouwen

Het percentage werkzame vrouwen stijgt in alle beroepen ten opzichte van 2012, met uitzondering van de beroepsgroep verpleegkundig specialist ggz (gelijk gebleven)[140]. Deze stijging past in het algemene beeld van de -voortgaande- feminisering die gaande is in de zorg en het onderwijs.

[138] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[139] Doordat gebruik is gemaakt van een cross-sectionele analyse valt het extern rendement voor sommige beroepen na 15 jaar hoger uit dan na 10 jaar. Dit lijkt onlogisch, maar kan voorkomen door de aard van de analyse waarbij verschillende groepen met elkaar vergeleken worden.
[140] Nivel (2012) en Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz. Utrecht.

Waarom het percentage bij de verpleegkundig specialist ggz gelijk blijft is niet geanalyseerd. Een mogelijke verklaring is dat de groep "oudere SPV'ers", die het verkorte opleidingstraject tot verpleegkundig specialist ggz heeft gevolgd, voor het merendeel uit mannen bestaat.

Figuur 20: Percentage werkzame vrouwen per beroepsgroep per 1 januari 2012 en 2015[141]



5.3.5 Branche waarin men werkzaam is

Bij de totstandkoming van het instroomadvies wordt geen onderscheid gemaakt naar de branches waarbinnen de beroepsbeoefenaren werkzaam zijn. Om de lezer een beter beeld te bieden van de arbeidsmarkt van de vijf beroepen geestelijke gezondheid, wordt hieronder wel een beschrijving geboden van het aantal en aandeel fte en werkzame personen uitgesplitst naar beroepsgroep en branche en wordt een vergelijking gemaakt met de situatie in 2012. In het arbeidsmarktonderzoek is hiervoor aan de respondenten gevraagd hoeveel uur zij werkzaam zijn in welke branche(s). Er is gekozen om ook een uitsplitsing te maken naar fte en niet alleen naar het aantal werkzame personen, omdat het regelmatig voorkomt dat personen tegelijkertijd in meer branches werkzaam zijn. Tabel 24 bevat het aantal personen dat per branche werkzaam is, inclusief dubbeltellingen van personen die in meerdere branches werken. Tabel 25 bevat het aantal fte, exclusief dubbeltellingen.

In instellingen voor gespecialiseerde ggz is het grootste aandeel fte aan gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten ggz werkzaam (tabel 25). Klinisch neuropsychologen zijn vooral werkzaam in de ziekenhuizen. Ook ruim een tiende van de klinisch psychologen werkt in een ziekenhuis. De spreiding van het aantal fte van de gz-psychologen over de diverse branches is het grootst in vergelijking met de andere beroepsgroepen.

Verder werkt een aanzienlijk deel van de psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen (uitgedrukt in fte's) in vrijgevestigde praktijken voor g-ggz en gb-ggz. Uit gesprekken met het veld is bekend dat het niet ongebruikelijk is dat beroepsbeoefenaren zowel in loondienst als in een vrijgevestigde praktijk werkzaam zijn. Slechts een klein deel aan fte's van de beroepsbeoefenaren in de beroepen geestelijke gezondheid werkt in een instelling, waar zowel gb-ggz als g-ggz wordt aangeboden. Binnen de vrijgevestigde praktijken lijkt deze combinatie meer gangbaar.

[141] Zie voorgaande voetnoot.

Tabel 24: **Aantal en aandeel werkzame personen per beroepsgroep en branche per 1 januari 2015, inclusief dubbeltellingen van personen die in meer dan één branche werkzaam zijn**[142]

	gb-ggz		g-ggz[143]		gb-ggz en g-ggz								
	vrijgevestigden	instellingen	vrijgevestigden	instellingen	vrijgevestigden	instellingen	Ziekenhuizen	Forensisch	Verpleeghuizen	Gehandicaptenzorg	Jeugdzorg	Revalidatie	Overig[144]
Aantal werkzame personen													
Gz-psycholoog	1515	1105	327	3755	621	54	531	180	472	969	510	182	559
Psycho-therapeut	255	175	570	892	512	-	15	-	-	16	-	-	117
Klinisch psycholoog	100	129	398	1114	287	12	255	11	-	21	54	14	231
Klinisch neuro-psycholoog	8	4	13	23	16	-	68	-	4	6	-	12	18
Verpleegkun-dig specialist ggz	-	139	5	515	8	5	25	-	6	15	-	-	73
Aandeel werkzame personen													
Gz-psycholoog	18%	13%	4%	44%	7%	1%	6%	2%	6%	11%	6%	2%	7%
Psycho-therapeut	14%	9%	30%	47%	27%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	6%
Klinisch psycholoog	5%	7%	21%	60%	15%	1%	14%	1%	0%	1%	3%	1%	12%
Klinisch neuro-psycholoog	7%	3%	11%	19%	13%	0%	55%	0%	3%	5%	0%	9%	14%
Verpleegkun-dig specialist ggz	0%	22%	1%	83%	1%	1%	4%	0%	1%	2%	0%	0%	12%

Donker gearceerde cellen bevatten de branche met het grootste aantal werkzamen per beroep (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van de werkzamen van een beroep in deze branche werkzaam is. De percentages tellen op tot >100%, omdat personen die in meerdere branches werkzaam zijn, in iedere branche waar zij werken zijn meegerekend.

[142] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[143] Van de beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn binnen de jeugdhulp heeft vermoedelijk een deel aangegeven in de g-ggz werkzaam te zijn en een deel in de jeugdzorg.
[144] Zoals huisartsenpraktijken, onderwijs, onderzoek, ministeries van justitie resp. defensie.

Tabel 25: Aantal en aandeel fte per beroepsgroep en branche per 1 januari 2015, exclusief dubbeltellingen van personen die in meer dan één branche werkzaam zijn[145]

	gb-ggz		g-ggz[146]		gb-ggz en g-ggz								
	vrijgevestigden	instellingen	vrijgevestigden	instellingen	vrijgevestigden	instellingen	Ziekenhuizen	Forensisch	Verpleeghuizen	Gehandicaptenzorg	Jeugdzorg	Revalidatie	Overig[147]
Aantal fte													
Gz-psycholoog	1031	485	165	2778	468	51	393	127	327	678	426	122	300
Psycho-therapeut	57	39	408	676	267	0	12	0	0	14	0	0	41
Klinisch psycholoog	16	30	198	856	240	9	214	11	0	9	17	5	89
Klinisch neuro-psycholoog	3	1	8	17	12	0	53	0	1	5	0	8	11
Verpleegkun-dig specialist ggz	0	76	1	431	1	5	13	0	5	13	0	0	37
Aandeel fte													
Gz-psycholoog	14%	7%	2%	38%	6%	1%	5%	2%	4%	9%	6%	2%	4%
Psycho-therapeut	4%	3%	27%	45%	18%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	3%
Klinisch psycholoog	1%	2%	12%	50%	14%	1%	13%	1%	0%	1%	1%	0%	5%
Klinisch neuro-psycholoog	2%	1%	7%	15%	10%	0%	45%	0%	1%	4%	0%	7%	9%
Verpleegkun-dig specialist ggz	0%	13%	0%	74%	0%	1%	2%	0%	1%	2%	0%	0%	6%

Donker gearceerde cellen bevatten de branche met het grootste aantal werkzamen per beroep (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van de werkzamen van een beroep in deze branche werkzaam is. Indien percentages niet exact optellen tot 100%, is dit te wijten aan afrondingsverschillen.

[145] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht.
[146] Van de beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn binnen de jeugdhulp heeft vermoedelijk een deel aangegeven in de g-ggz werkzaam te zijn en een deel in de Jeugdzorg.
[147] Zoals huisartsenpraktijken, onderwijs, onderzoek, ministeries van justitie resp. defensie.

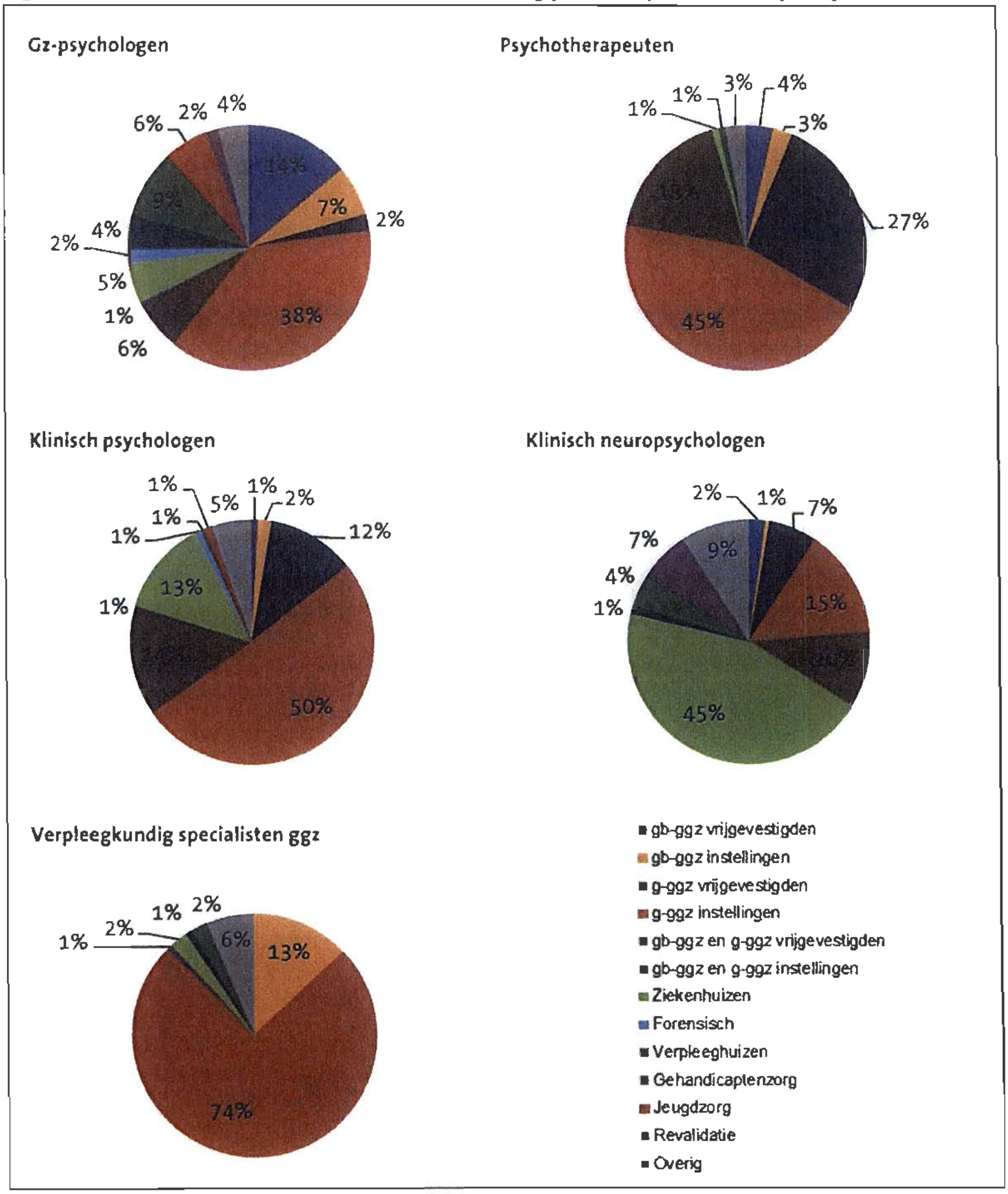
Tabel 26: Aandeel fte per beroepsgroep en branche per 1 januari 2012[148]

	Ggz-instellingen	Vrijgevestigden ggz	Ziekenhuizen	Forensisch	Verpleeghuizen	Gehandicaptenzorg	Jeugdzorg	Revalidatie	Overig
Gz-psycholoog	40%	27%	4%	5%	2%	8%	4%	3%	7%
Psychotherapeut	44%	45%	1%	5%	0%	0%	1%	0%	4%
Klinisch psycholoog	45%	34%	13%	2%	0%	1%	1%	0%	4%
Klinisch neuropsycholoog	25%	11%	40%	0%	3%	3%	0%	3%	15%
Verpleegkundig specialist ggz	82%	0%	11%	0%	0%	1%	0%	0%	6%

Donker gearceerde cellen bevatten de branche met het grootste aandeel werkzame fte per beroep (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van het gewerkte aantal fte van een beroep in deze branche valt.

[148] Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2012. Utrecht.

Figuur 21: Aandeel fte aan werkzamen in de zorg per beroep en branche per 1 januari 2015



Over de periode 2012-2015 zijn er grote verschuivingen zichtbaar in de inzet van de beroepsgroepen over de verschillende branches (tabel 27)[149]:

Het aantal fte van de gz-psychologen stijgt sterk in de ggz-instellingen en in de verpleeghuizen, jeugdzorg[150], ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg. Het aantal fte aan gz-psychologen daalt aanzienlijk in de forensische zorg en matig in de revalidatie en bij de vrijgevestigde praktijken.

Voor de psychotherapeuten stijgt het aantal fte licht in de ggz-instellingen en in de gehandicaptenzorg. Een sterke daling is zichtbaar in de forensische zorg. Daarnaast doen zich kleine dalingen voor bij de vrijgevestigde praktijken, ziekenhuizen en jeugdzorg.

De inzet van klinisch psychologen in fte neemt sterk toe in de ggz-instellingen en zeer matig in de revalidatie en jeugdzorg[151]. Ook het aantal fte in de categorie 'overig' neemt toe. Deze toename is vooral te herleiden naar een groeiende inzet van klinisch psychologen in het onderwijs. In alle overige branches neemt het aantal fte af. Deze afname is het grootst bij de vrijgevestigde praktijken. Verder zijn afnames te zien in de forensische zorg, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen.

Het aantal fte aan de klinisch neuropsychologen neemt met name toe in de ziekenhuizen en daarnaast in de vrijgevestigde praktijken. Verder zijn er kleine schommelingen zichtbaar in de inzet van deze beroepsgroep over de verschillende deelbranches.

Bij de verpleegkundig specialisten neemt het aantal fte in de ggz-instellingen zeer sterk toe. Over de andere branches is er in 2015 sprake van kleine wijzigingen ten opzichte van 2012.

[149] De -mogelijke- verklaringen voor deze verschuivingen worden beschreven bij de toelichting op de parameterwaarde sociaal culturele ontwikkelingen (hoofdstuk 4) en op de waarden voor de parameters die tot het werkproces behoren (hoofdstuk 6).
[150] Een verklaring voor de stijging in de jeugdzorg kan zijn dat een deel van de professionals werkzaam in de jeugd-ggz bij de enquêtevraag in welke branche zij werkzaam zijn 'jeugdzorg' heeft gekozen en een deel g-ggz.
[151] Zie voorgaande voetnoot.

Tabel 27: **Het verschil in aantal fte per beroepsgroep en per branche tussen 1 januari 2012 en 2015[152]**

	Ggz-instellingen	Vrijgevestigden ggz	Ziekenhuizen	Forensisch	Verpleeghuizen	Gehandicaptenzorg	Jeugdzorg	Revalidatie	Overig[153]
Gz-psycholoog	814	-36	143	-193	217	128	196	-38	-210
Psychotherapeut	15	-13	-13	-85	0	14	-10	0	-4
Klinisch psycholoog	95	-151	-26	-29	-5	-11	2	5	29
Klinisch neuropsycholoog	-2	8	18	0	-4	0	0	3	1
Verpleegkundig specialist ggz	322	-8	-12	-5	0	8	0	0	27

Groen gearceerde cellen duiden op een toename van het aantal beroepsbeoefenaren in een branche over 2012-2015. Oranje gearceerde cellen wijzen op een afname.

[152] Bewerking op basis van Nivel (2012) en Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz. Utrecht.
[153] Zoals huisartsenpraktijken, onderwijs, onderzoek, ministeries van Justitie resp. defensie.

5.4 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

Voor een goed overzicht zijn de in de voorgaande paragrafen afzonderlijk besproken parameterwaarden voor het onderdeel 'Zorgaanbod' in onderstaande tabel bijeen gebracht.

Tabel 28: Parameterwaarden 'Zorgaanbod' raming 2015 per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Werkzame zorgverleners	8.474	1.882	1.854	123	622
Aantal fte	7.349	1.512	1.698	117	581
% werkzame vrouwen	83%	67%	71%	63%	65%
Gemiddeld aantal fte man	0,96	0,83	1,02	1,01	0,98
Gemiddeld aantal fte vrouw	0,85	0,79	0,88	0,92	0,91
Uitstroom mannen en vrouwen					
tot 2020	11%	35%	17%	13%	2%
tot 2025	23%	51%	36%	22%	6%
tot 2030	35%	65%	59%	39%	23%
tot 2035	47%	76%	71%	58%	42%
Uitstroom mannen					
tot 2020	20%	52%	27%	29%	2%
tot 2025	42%	70%	56%	41%	7%
tot 2030	62%	79%	78%	67%	30%
tot 2035	67%	87%	89%	81%	53%
Uitstroom vrouwen					
tot 2020	10%	26%	13%	4%	2%
tot 2025	20%	42%	27%	11%	6%
tot 2030	30%	58%	51%	23%	19%
tot 2035	43%	70%	64%	45%	37%
Extern rendement na					
1 jaar	95%	99%	95%	100%	97%
5 jaar	95%	97%	98%	96%	98%
10 jaar	85%	94%	97%	94%	96%
15 jaar	88%	80%	95%	91%	93%

6 Werkproces

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijkt het Capaciteitsorgaan naar de recent geobserveerde en in de nabije toekomst te verwachten ontwikkelingen in het werkproces van de vijf beroepsgroepen[154]. Hierbij gaat het om vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol in de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid tijd die voor de zorgvraag van de bestaande patiëntenpopulatie beschikbaar is kan toe- of afnemen door productiviteitsverandering (efficiency) of door vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Bronnen

Net als voor de raming van 2013, is gebruik gemaakt van expertinschattingen om de parameterwaarden vast te stellen[155]. Experts uit diverse branches en de vijf beroepsgroepen hebben de trends in hun werkveld en beroepsgroep beschreven op het vlak van vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en taakverschuiving. Vervolgens hebben zij een cijfermatige inschatting gegeven van de richting (negatief of positief) en de omvang van de ontwikkeling per parameter. Deze inschattingen zijn gewogen voor de omvang van de beroepsgroepen en branches (in fte) en gemiddeld met de parameterwaarden van 2013. Er is gekozen voor een middeling om de continuïteit van de werkproceswaarden te borgen bij een wisselende inzet van experts en om te voorkomen dat de resultaten teveel beïnvloed worden door de waan van de dag[156].
Naast expertbijeenkomsten is een tweetal onderzoeken uitgevoerd met als doel een beeld te schetsen van de ontwikkelingen waarmee de dbc-registrerende instellingen de afgelopen jaren te maken hadden[157] [158].

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Er leeft een breed gedragen beeld dat vakinhoudelijke ontwikkelingen ervoor zorgen dat er meer inzet van alle vijf de beroepen geestelijke gezondheid nodig is[159]. Veroorzaakt door de voortschrijdende ambulantisering en de zwaardere indicatiestellingen zijn het vooral de meer complexe patiënten die in de instellingen gehuisvest blijven. Zorgaanbieders reageren daarop met een verdere professionalisering van het intramurale zorgaanbod. Dat vertaalt zich in een extra inzet aan fte's gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen.

---

[154] In de raming van 2013 is in de expertbijeenkomsten ook teruggekeken naar achterliggende ontwikkelingen tot aan het moment van het arbeidsmarktonderzoek (2012), gezien de relatief lange periode tussen het moment van het arbeidsmarktonderzoek en de expertbijeenkomsten.
[155] In de periode oktober 2014-februari 2015 hebben er 7 expertbijeenkomsten plaatsgevonden met zowel branche-vertegenwoordigers als beroepsbeoefenaren. Voor branches die aangaven dat er geen wijzigingen waren in de trends sinds de vorige raming, zijn de waarden van 2013 overgenomen. De bijeenkomsten zijn georganiseerd door het Capaciteitsorgaan.
[156] Ten tijde van de expertbijeenkomsten, was het advies van de commissie Meurs met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap nog niet bekend. De meeste zorgaanbieders veronderstelden eind 2014-begin 2015 dat de klinisch psychologen, psychiaters en de psychotherapeuten als hoofdbehandelaars zouden worden aangeduid in de gespecialiseerde ggz. Deze verwachtingen speelden mee in de expertinschattingen.
[157] BPS Economics (2014). Personele inzet in de tweedelijns GGZ-sector. Onderzoek naar ontwikkeling arbeidsproductiviteit op basis van gegevens 2011-2012.
[158] KPMG Plexus(2014). Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG. Deel 1 – periode 2012-2013. KPMG Plexus(2015). Onderzoek naar verschuivingen in de disciplinemix van de beroepen GG. Deel 2 – periode 2013-2014.
[159] Expertbijeenkomsten (Capaciteitsorgaan, 2014-2015).

Branche specifieke ontwikkelingen

In de verpleeghuissector neemt de vraag naar gz-psychologen toe omdat er meer wordt behandeld (in groepen) en omdat gz-psychologen in toenemende mate lager opgeleid personeel, mantelzorgers en vrijwilligers begeleiden. In de forensische zorg wordt de gz-psycholoog vaker ingezet voor groepsbehandelingen, schematherapie en/of diagnostiek. In de gehandicaptenzorg is sprake van een grotere behoefte aan gz-psychologen en verpleegkundig specialisten ggz, onder andere vanwege de afbouw van antipsychotica. In de ggz wordt de verpleegkundig specialist ggz vaker ingezet omdat deze professional opgeleid is om herstelgericht te werken en de leefomgeving van de patiënt (de context) daarin te betrekken. Aspecten die mede relevant zijn om het individuele proces van ambulantisering te laten slagen.

Beroepsspecifieke ontwikkelingen

Ook de focus op evidence-based/best practices zorgt voor meer inzet van vooral gz-psychologen en klinisch psychologen. Blended therapie betekent voor de behandelaren meer contacttijd, die (overigens deels) uitgevoerd wordt buiten de reguliere arbeidstijd. Psychotherapeuten geven aan dat het minder vaak mogelijk is om protocollair te werken omdat het aantal beschikbare uren voor een behandeling vanuit de zorgverzekeraars kleiner is dan het aantal benodigde uren die de protocollen aangeven. Op korte termijn zorgt dit naar verwachting voor een krimp van het aantal behandeluren, maar op de langere termijn zullen patiënten vaker terug komen.

Tabel 29: Parameterwaarden vakinhoudelijke ontwikkelingen per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	0,8%	1,4%	2%	2,8%	3,9%

6.3 Efficiency

Over het geheel genomen is er sprake van een meer nauwkeurige administratie van de verleende zorg, waardoor de productiviteit gestegen lijkt. Ook wordt er volgens de beroepsgroepen meer in eigen tijd gewerkt. Toenemende administratieve verplichtingen gaan ten koste van de efficiency en hebben vooral een stuwende invloed op de inzet van psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen.

Branche specifieke ontwikkelingen

Bij de vrijgevestigden is de behandel- en administratietijd steeds vaker groter dan de vergoede tijd door de zorgverzekeraar. Managementtaken en overheadwerkzaamheden worden vaker in de vrije tijd/avonduren uitgevoerd. De productiviteit is hierdoor gestegen: er worden meer productieve uren gemaakt binnen een fte. De psychotherapeuten geven aan geen tot beperkte ruimte te hebben om nog efficiencywinst te boeken. Zij verwachten, met de vrijgevestigde praktijken, meer werkdruk in de gb-ggz en de g-ggz door het gebruik van e-health, vanwege een extra tijdsinvestering buiten therapie-uren. Ook toenemende administratie leidt in de toekomst tot minder patiëntgebonden tijd. Bij sommige forensische instellingen is de maximale productiviteit inmiddels bereikt, andere instellingen maken nog stappen op dit vlak. De productiviteit in de ziekenhuizen blijft waarschijnlijk

gelijk voor de daar werkzame klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. Er gelden geen specifieke productienormen en een sterke sturing op productiviteit is niet algemeen.
In de gehandicaptenzorg voorziet men dat de administratieve last met de invoering van andere werkmethoden iets teruggedrongen kan worden.

Beroepsspecifieke ontwikkelingen
Voor de gz-psychologen en verpleegkundig specialisten geldt dat zorgpaden (met afgebakende tijdseenheden) ervoor zorgen dat er wat minder inzet van deze beroepsgroepen nodig is. Bij de gz-psychologen speelt ook het elektronisch patiëntendossier (EPD) hierin een rol. Op het vlak van productiviteit is voor de gz-psychologen geen grote slag meer te maken, de grens lijkt bereikt. Bij de verpleegkundig specialisten worden nog efficiencyslagen gemaakt door ophoging van de (instellings)norm declarabele tijd.

Tabel 30: Parameterwaarden efficiency per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	-0,4%	1,4%	0,8%	0,6%	-0,9%

6.4 Taakverschuiving
Bij horizontale taakverschuiving, verschuiven er werkzaamheden van een beroepsgroep naar een andere beroepsgroep van een gelijk opleidingsniveau. Het gaat dan bijvoorbeeld om verschuivingen van de klinisch psycholoog naar de gz-psycholoog (postmaster naar postmaster) of van de verpleegkundig specialist ggz naar een verpleegkundig specialist somatiek (hbo-master naar hbo-master). Bij verticale taakverschuiving, verschuiven er werkzaamheden naar een beroepsgroep van een ander opleidingsniveau. Een voorbeeld van verticale taakverschuiving is de verschuiving van werkzaamheden van een masterpsycholoog naar een gz-psycholoog (universitaire master naar postmaster).

Over het geheel genomen is de verwachting van de beroepsgroepen dat zorgverzekeraars voor alle deelbranches zorgaanbieders zullen stimuleren meer BIG-geregistreerden in te zetten. Dit leidt tot zowel horizontale - als verticale taakverschuivingen.

6.4.1 Horizontale taakverschuiving
Er vinden diverse horizontale taakverschuivingen plaats tussen de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Deze verschuivingen verschillen per branche.

Branche specifieke ontwikkelingen
In de g-ggz-instellingen worden de grootste horizontale verschuivingen verwacht. Sommige experts voorzien dat de gz-psycholoog vaker taken overneemt van de klinisch psycholoog. Anderen verwachten vanwege het hoofdbehandelaarschap juist toename van de inzet van klinisch (neuro)psychologen, ten koste van gz-psychologen en wellicht psychotherapeuten[160]. Ook binnen de

[160] Ten tijde van de expertbijeenkomsten, was het advies van de commissie Meurs met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap nog niet bekend. De meeste zorgaanbieders veronderstelden eind 2014-begin 2015 dat de klinisch

afdelingen Medische Psychologie in de ziekenhuizen vinden verschuivingen plaats tussen de gz-psycholoog en de klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen.
Daarnaast zal enige substitutie van de klinisch psycholoog naar de klinisch neuropsycholoog plaatsvinden zodra er meer klinisch neuropsychologen op de arbeidsmarkt beschikbaar komen. In de gb-ggz verschuiven er nog taken van de psychiater naar de gz-psycholoog. In de forensische zorg neemt, in verband met het tekort aan psychiaters, de klinisch psycholoog taken over van de psychiater.

Beroepsspecifieke ontwikkelingen

Er verschuiven ook taken tussen de beroepen geestelijke gezondheid en andere beroepsgroepen. In de verpleeghuissector neemt de gz-psycholoog bijvoorbeeld taken over van de specialist ouderengeneeskunde. Verder verwijzen revalidatieartsen, geriaters en neurologen in toenemende mate voor neuropsychologisch onderzoek.
De parameterwaarde horizontale taakverschuiving (tabel 31) is voor de klinisch neuropsycholoog, net als in de raming van 2013, hoog te noemen. Omdat het een relatief nieuw vak is waar veel naar verwezen wordt, achten de experts deze waarde voor de komende raming reëel.

Tabel 31: Parameterwaarden horizontale taakverschuiving per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	-0,1%	0,6%	0,7%	3,2%	-0,2%

6.4.2 Verticale taakverschuiving

Voor alle vijf de beroepen geestelijk gezondheid wordt een toename van de inzet verwacht vanwege verticale taakverschuivingen. In diverse branches staan niet-BIG-beroepen, zoals vak- en sociotherapeuten en masterpsychologen/-pedagogen, onder druk en stromen meer werkzaamheden door naar de gz-psycholoog. Redenen hiervoor zijn aannames omtrent de gevolgen van het hoofdbehandelaarschap, eisen van zorgverzekeraars en de meer complexe problematiek[161].

Branche specifieke ontwikkelingen

In de g-ggz nemen verpleegkundig specialisten ggz taken over van de psychiater, zoals (delen van) intakes, onderzoeken en behandelingen. In de gb-ggz, verslavingszorg en de forensische zorg is sprake van verdergaande substitutie dan in de g-ggz. De positie van de verpleegkundig specialist ggz wordt daar uitgebreid ten koste van de klinisch psycholoog, de gz-psycholoog, de verslavingsarts, de psychiater en de therapeuten en agogen. Ook in de ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg wordt een verdere verschuiving van taken naar de verpleegkundig specialist ggz verwacht; o.a. van artsen.

psychologen, psychiaters en de psychotherapeuten als hoofdbehandelaars zouden worden aangeduid in de gespecialiseerde ggz. Deze verwachtingen speelden mee in de expertinschattingen.
[161] Zie voorgaande voetnoot.

Beroepsspecifieke ontwikkelingen

Door de sterke focus op specialisten worden meer gz-psychologen verder opgeleid tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog. De meer recentelijk opgeleide klinisch psychologen zijn geschoold op basis van een ander curriculum, waardoor zij in staat zijn om meer taken over te nemen van de psychiater.

Bij het vaststellen van de parameterwaarde verticale substitutie van de verpleegkundig specialist ggz is afgeweken van de hiervoor beschreven werkwijze. De experts verwachtten dat de verpleegkundig specialist ggz van een ruim aantal beroepsgroepen taken over zal nemen, maar kenden een zeer bescheiden waarde toe aan verticale substitutie (1,7%). In de raming voor de medisch specialisten (2013) is voor de psychiaters uitgegaan van -0,4% verticale substitutie. Wanneer daarnaast ook rekening gehouden wordt met enige verticale substitutie (-0,3%) bij de klinisch psychologen en de gz-psychologen,[162] die werkzaam zijn in ggz-instellingen, is jaarlijks 41 fte aan nieuwe verpleegkundig specialisten ggz nodig. Dit vertaalt zich in 7% verticale substitutie voor de verpleegkundig specialist ggz[163].

Tabel 32: Parameterwaarden verticale taakverschuiving per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkun-dig specialist ggz
Parameter-waarde	1,2%	0,6%	0,4%	1,1%	7%

6.5 Parameterwaarden 'Werkproces'

Onderstaande parameterwaarden, met betrekking tot het werkproces, zijn gebruikt voor het instroomadvies.

Tabel 33: Parameterwaarden 'Werkproces' raming 2015 per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleeg-kundig specialist ggz
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,8%	1,4%	2%	2,8%	3,9%
Efficiency	-0,4%	1,4%	0,8%	0,6%	-0,9%
Horizontale taakverschuiving	-0,1%	0,6%	0,7%	3,2%	-0,2%
Verticale taakverschuiving	1,2%	0,6%	0,4%	1,1%	7%

[162] Deze waarde (-0,3) is verwerkt en daardoor als zodanig niet zichtbaar in de parameterwaarde verticale substitutie voor de betreffende beroepsgroepen.

[163] Uitgaande van het aantal fte in ggz-instellingen voor psychiaters (geschat op 2.021, te weten 75% van het totaal aantal werkzame psychiaters in fte per 1-1-2013), klinisch psychologen (895) en gz-psychologen (3.314). 1 fte aan medisch specialist/psycholoog wordt, volgens de richtlijnen van het Capaciteitsorgaan, met minimaal een factor 2 omgerekend naar het benodigd aantal fte verpleegkundig specialist.

7 Varianten

7.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn actuele en verwachte ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan het instroomadvies. Deze ontwikkelingen dienen als input voor het ramingsmodel (bijlage 1). Het ramingsmodel geeft uitkomsten in vier varianten: de basisvariant, de werkprocesvariant, de verticale substitutievariant zonder doorgaande trend en de verticale substitutievariant met doorgaande trend. Deze vier varianten en bijbehorende uitkomsten worden besproken in dit hoofdstuk. Het uiteindelijke instroomadvies van het Capaciteitsorgaan is gebaseerd op één van deze varianten. De keuze voor een variant wordt gemaakt op basis van inhoudelijke overwegingen en is uiteengezet in hoofdstuk 8.

7.1.1 Evenwicht op de arbeidsmarkt in 2027 of 2033

Het instroomadvies heeft betrekking op de periode 2017 t/m 2033. 2017 is het eerste jaar waarop het advies in de praktijk opgevolgd kan worden, oftewel het eerste bijsturingsjaar. 2027 is het eerste evenwichtsjaar. Dit is het eerste jaar na het uitbrengen van het instroomadvies, waarin zichtbaar wordt of er evenwicht ontstaat tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. 2033 is het tweede evenwichtsjaar.

Iedere ramingsvariant geeft twee uitkomsten uitgedrukt in het aantal benodigde instromers per jaar. De eerste uitkomst betreft het jaarlijks benodigde aantal instromers wanneer gestreefd wordt naar evenwicht tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in het eerste evenwichtsjaar. De tweede uitkomst betreft het jaarlijks benodigde aantal instromers, wanneer gestreefd wordt naar evenwicht in het tweede evenwichtsjaar.

Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur (zoals vier tot zes jaar bij de medisch specialisten).

7.1.2 Doorstroomcorrectie voor gz-psychologen

Een aanzienlijk deel van de gz-psychologen stroomt door naar de (vervolg)opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Voor de klinisch psycholoog gaat het per jaar gemiddeld om 89 doorstromers en bij de klinisch neuropsycholoog om 6 doorstromers. In de verkorte opleiding tot psychotherapeut stromen jaarlijks gemiddeld 44 gz-psychologen in (zie hoofdstuk 3).

Deze gz-psychologen zijn niet meer beschikbaar op de arbeidsmarkt voor gz-psychologen. In het instroomadvies wordt daarom rekening gehouden met de doorstroom van gz-psychologen door een doorstroomcorrectie uit te voeren. Het aantal gz-psychologen dat doorstroomt naar de vervolgopleidingen klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog of naar de verkorte opleiding tot psychotherapeut, wordt opgeteld bij het aantal benodigde instroomplaatsen voor gz-psycholoog dat nodig is om het evenwicht te behouden voor de (evenwichts)jaren 2027 resp. 2033. De optelsom is inclusief een correctie voor het interne rendement. In totaal gaat het om 140 instroomplaatsen. Deze correctie is in de uitkomsten van alle varianten in dit hoofdstuk doorgevoerd. Bij de berekening van het extern rendement is rekening gehouden met deze doorstroomcorrectie (zie §5.3.3).

7.1.3 Instroomcorrectie voor verpleegkundig specialisten ggz

Er zijn twee routes voor de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz, te weten de tweejarige MANP-opleiding bij de hogescholen en de driejarige categorale GGZ-VS opleiding te Utrecht (zie hoofdstuk 3). Omdat het instroomadvies alleen het benodigd aantal instromers in de driejarige opleiding betreft, vindt correctie plaats voor het aantal opleidelingen via de tweejarige opleiding (inclusief het intern rendement). In totaal gaat het om 61 instroomplaatsen. Deze correctie is in de uitkomsten van alle varianten in dit hoofdstuk doorgevoerd.

7.2 De vier varianten

Onderstaande tabel bevat een schematische weergave van de vier varianten en de parameters die ten grondslag liggen aan iedere variant.

Tabel 34: Schematische weergave ramingsvarianten

	Onvervulde vraag	Demografie	Epidemiologie	Sociaal-cultureel	Vakinhoudelijk	Efficiency	Horizontale taakherschikking	ATV	Verticale taakherschikking
Basisvariant	X	X							
Werkprocesvariant	X	X	X	X	X	X	X		
Verticale substitutie-variant <u>zonder</u> doorgaande trend	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verticale substitutie-variant <u>met</u> doorgaande trend	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Basisvariant

De basisvariant beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de actuele zorgvraag (het huidige zorgaanbod in combinatie met de huidige onvervulde vraag) en de verwachte demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van een beleidsarm scenario. In de basisvariant vindt er een berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaren (en hun kenmerken), de personen die nu in opleiding zijn (en hun kenmerken), de huidige onvervulde vraag en de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Tabel 35 geeft de uitkomsten van de basisvariant weer.

Tabel 35: **Uitkomsten basisvariant in aantal jaarlijks benodigde instroomplaatsen naar evenwichtsjaar**

	Evenwicht in 2027	Evenwicht in 2033
Gz-psycholoog	140	221
Psychotherapeut	74	68
Klinisch psycholoog	89	80
Klinisch neuropsycholoog	1	3
Verpleegkundig specialist ggz	0	0

Werkprocesvariant

De werkprocesvariant bouwt voort op de basisvariant. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de andere parameters van de zorgvraag: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden drie van de vier parameters uit het werkproces meegenomen. Dit zijn: efficiency, vakinhoudelijke ontwikkelingen en horizontale taakverschuiving. Deze variant is uitgebreider dan de basisvariant, en bevat meer onzekerheden omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen verwachte ontwikkelingen.

Tabel 36: **Uitkomsten werkprocesvariant in aantal jaarlijks benodigde instroomplaatsen naar evenwichtsjaar**

	Evenwicht in 2027	Evenwicht in 2033
Gz-psycholoog	365	360
Psychotherapeut	174	120
Klinisch psycholoog	210	140
Klinisch neuropsycholoog	18	12
Verpleegkundig specialist ggz	0	0

Verticale substitutievariant zonder doorgaande trend

De verticale substitutievariant is gebaseerd op alle hiervoor genoemde parameters in combinatie met de parameter verticale substitutie. Hiermee heeft de waarde verticale substitutie een sterke invloed op het aantal benodigde instromers in de opleidingen.
Het ramingsmodel rekent het benodigd aantal instromers uit bij een al dan niet doorgaande trend. Bij een niet-doorgaande trend wordt ervan uitgegaan dat trends in het werkproces slechts doorwerken tot in het eerste evenwichtsjaar (2027). De volgende tabel bevat het instroomadvies op basis van deze ramingsvariant.

Tabel 37: Uitkomsten verticale substitutievariant zonder doorgaande trend in aantal jaarlijks benodigde instroomplaatsen naar evenwichtsjaar

	Evenwicht in 2027	Evenwicht in 2033
Gz-psycholoog	524	454
Psychotherapeut	198	133
Klinisch psycholoog	226	148
Klinisch neuropsycholoog	22	14
Verpleegkundig specialist ggz	48	17

Verticale substitutievariant met doorgaande trend

Bij de verticale substitutievariant met doorgaande trend wordt de aanname gedaan dat trends in het werkproces doorwerken tot na het eerste evenwichtsjaar. Wanneer er wordt uitgegaan van een doorgaande trend werken de werkprocesparameters sterker door, omdat er vanaf het eerste bijsturingsjaar sterker bijgestuurd moet worden om uiteindelijk evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Bij een benodigde krimp van het aantal werkzamen, leidt dit dus tot een lager aantal instromers per jaar. Bij een benodigde groei van het aantal werkzamen, is het effect een hoger aantal jaarlijkse instromers.

Tabel 38: Uitkomsten verticale taakherschikkingsvariant met doorgaande trend in aantal jaarlijks benodigde instroomplaatsen naar evenwichtsjaar

	Evenwicht in 2027	Evenwicht in 2033
Gz-psycholoog	610	664
Psychotherapeut	224	189
Klinisch psycholoog	255	206
Klinisch neuropsycholoog	27	24
Verpleegkundig specialist ggz	86	111

7.3 Overzicht varianten

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de uitkomsten van de varianten van deze raming.

Tabel 39: Overzicht uitkomsten varianten 2015 in jaarlijks aantal benodigde instroomplaatsen naar evenwichtsjaar

	Basisvariant		Werkproces-variant		Verticale substitutievariant zonder doorgaande trend		Verticale substitutievariant met doorgaande trend	
Evenwichtsjaar	2027	2033	2027	2033	2027	2033	2027	2033
Gz-psycholoog	140	221	365	360	524	454	610	664
Psycho-therapeut	74	68	174	120	198	133	224	189
Klinisch psycholoog	89	80	210	140	226	148	255	206
Klinisch neuro-psycholoog	1	3	18	12	22	14	27	24
Verpleegkundig specialist ggz	0	0	0	0	48	17	86	111

Capaciteits
orgaan

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan gepresenteerd in een bandbreedte van een minimum en maximum aantal instroomplaatsen, en in een voorkeursadvies. Het voorkeursadvies bestaat uit de uitkomst van één van de vier ramingsvarianten (hoofdstuk 7) en is gebaseerd op de parameterwaarden die in de hoofdstukken 3 t/m 6 zijn onderbouwd. Verder worden keuzes en overwegingen die hieraan ten grondslag liggen toegelicht. Daarnaast wordt inzicht geboden in verschillen met de voorgaande raming voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid.

In dit hoofdstuk zal allereerst de keuze voor een ramingsvariant en vervolgens de keuze voor een evenwichtsjaar beargumenteerd worden. Vervolgens komt de bandbreedte van het instroomadvies aan de orde. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een voorkeursadvies voor de jaarlijkse instroom van het aantal opleidingsplaatsen op basis van een al dan niet doorgaande trend.

8.2 Overwegingen

8.2.1 De keuze voor een variant

Het instroomadvies is gebaseerd op de verticale substitutievariant zonder en met doorgaande trend (§7.2.3 en 7.2.4), omdat deze variant als enige gebruik maakt van alle parameters, inclusief de parameter verticale substitutie. Aangezien deze parameter een belangrijke rol speelt in het werkproces van alle vijf de beroepen geestelijke gezondheid, biedt de verticale substitutievariant de beste benadering van de werkelijkheid doordat alle parameters die relevant zijn voor de beroepen geestelijke gezondheid zijn betrokken. Deze keuze komt overeen met de keuze die gemaakt is voor het instroomadvies van 2013.

	Basisvariant		Werkprocesvariant		Verticale substitutievariant zonder doorgaande trend		Verticale substitutievariant met doorgaande trend	
Evenwichtsjaar	2027	2033	2027	2033	2027	2033	2027	2033
Gz-psycholoog	140	221	365	360	524	454	610	664
Psychotherapeut	74	68	174	120	198	133	224	189
Klinisch psycholoog	89	80	210	140	226	148	255	206
Klinisch neuropsycholoog	1	3	18	12	22	14	27	24
Verpleegkundig specialist ggz	0	0	0	0	48	17	86	111

Grijze delen vallen af op basis van de gemaakte keuze.
Bewerking van tabel 39.

8.2.2 De keuze voor een evenwichtsjaar

Voor het instroomadvies 2015 is net als in 2013 voor alle beroepsgroepen het eerste evenwichtsjaar toegepast (zie §7.1.1). Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar alleen gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur (zoals vier tot zes jaar bij de medisch specialisten). Gezien de relatief kortere opleidingsduur van de opleidingen tot de beroepen geestelijke gezondheid (twee tot vier jaar) wordt voor deze raming het eerste evenwichtsjaar 2027 gehanteerd. Er zijn geen nieuwe omstandigheden aan de orde om voor het ramingsadvies 2015 van dit uitgangspunt af te wijken. Het instroomadvies is hiermee afgestemd op het bereiken van evenwicht tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in 2027.

	Basisvariant		Werkproces-variant		Verticale substitutievariant zonder doorgaande trend		Verticale substitutievariant met doorgaande trend	
Evenwichtsjaar	2027	2033	2027	2033	2027	2033	2027	2033
Gz-psycholoog	140	221	365	360	524	454	610	664
Psychotherapeut	74	68	174	120	198	133	224	189
Klinisch psycholoog	89	80	210	140	226	148	255	206
Klinisch neuropsycholoog	1	3	18	12	22	14	27	24
Verpleegkundig specialist ggz	0	0	0	0	48	17	86	111

Grijze delen vallen af op basis van de gemaakte keuze.
Bewerking van tabel 39.

8.3 Het instroomadvies

8.3.1 Bandbreedte instroomadvies

Op basis van de gemaakte keuzes voor een variant en evenwichtsjaar blijven er voor ieder beroep twee ramingsuitkomsten over: één op basis van de verticale substitutievariant zonder doorgaande trend (§7.2.3) en één uitkomst op basis van dezelfde variant met doorgaande trend (§7.2.4). Deze twee uitkomsten vormen de bandbreedte van het instroomadvies (zie tabel 40). Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en het zorgveld om het aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen deze bandbreedte. Bij een jaarlijks aantal instromers binnen de bandbreedte zijn er voldoende instromers in de arbeidsmarkt om in de toekomst een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.

Tabel 40: Instroomadvies: bandbreedte van het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid*

	Bandbreedte instroomadvies	
Gz-psycholoog	524	610
Psychotherapeut	198	224
Klinisch psycholoog	226	255
Klinisch neuropsycholoog	22	27
Verpleegkundig specialist ggz (driejarige opleiding)*	48	86

* *Het instroomadvies is gecorrigeerd voor de instroom in de tweejarige opleiding (zie §7.1.3).*

8.3.2 Voorkeursadvies op basis van een al dan niet doorgaande trend

Er is een voorkeursadvies geformuleerd voor het aantal instroomplaatsen dat volgens het Capaciteitsorgaan het best passend is om in de toekomst een evenwicht te bereiken tussen zorgvraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Het voorkeursadvies omvat de keuze voor de minimale of maximale bandbreedte van het instroomadvies (tabel 40), dus de keuze voor een al dan niet doorgaande trend.

Als er significante aanwijzingen bestaan dat een trend zich ook na het eerste evenwichtsjaar (2027) doorzet ligt het voor de hand hierop te anticiperen. Reken technisch betekent dit dat de groei of krimp al direct in de eerste rekenjaren optreedt en zich doorzet tot aan het tweede evenwichtsjaar (2033). Voor het instroomadvies 2013 is voor vier beroepen - gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog - de variant zonder doorgaande trend gekozen. Voor de beroepsgroep verpleegkundig specialist ggz is daarentegen voor de variant met doorgaande trend gekozen.

Ten opzichte van het vorig ramingsadvies (2013) zijn er geen omstandigheden aan de orde om van de toen gemaakte keuzes af te wijken. De veranderingen en schommelingen in het veld, zoals de discussie over het hoofd-/regiebehandelaarschap, de focus op professionalisering/kwaliteit en de stelselwijziging, zijn nog steeds dermate sterk, dat lange termijn ontwikkelingen lastig te duiden zijn. Expertinschattingen hebben in deze raming een sterk stuwend effect gehad op het instroomadvies, onder andere op het vlak van vakinhoudelijke ontwikkelingen en taakverschuivingen vanuit andere beroepen dan de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Mogelijk schatten experts de toekomstige inzet van zorgverleners op dit vlak momenteel hoger in vanuit kansen die zij zien in de actuele veranderingen in het veld. In hoeverre deze inschattingen realistisch zijn, is nog onduidelijk. Het volgende ramingstraject zal hier verder onderzoek naar gedaan worden.

Geconcludeerd kan worden dat de effecten van de veranderingen nog niet zijn uitgewerkt en voor zover daar wel sprake van is, kan er niet beschikt worden over een kwantitatieve onderbouwing van de omvang van de – door de overheid – beoogde veranderingen/ombuigingen[164]. Om deze reden wordt de optie "zonder doorgaande trend" voor deze vier beroepen gecontinueerd.

[164] KPMG Plexus (2014). Monitor Generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2014.

De omstandigheden die bij het instroomadvies 2013 aan de orde waren en er toe leidden dat voor de verpleegkundig specialist ggz wel voor de optie "met doorgaande trend" werd gekozen spelen nu nog dezelfde rol. Het proces van verticale substitutie van werkzaamheden, van met name de psychiater[165] en in mindere mate van de psychologische beroepen, zet zich naar verwachting door tot na het eerste evenwichtsjaar. De optie "met doorgaande trend" wordt voor de beroepsgroep verpleegkundig specialist ggz voor de komende ramingsperiode gehandhaafd.

Het voorkeursadvies voor de gz-psycholoog betreft **524** instroomplaatsen, voor de psychotherapeut **198** plaatsen, voor de klinisch psycholoog **226** plaatsen, voor de klinisch neuropsycholoog **22** plaatsen en voor de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz **86** plaatsen (tabel 41).

Tabel 41: Voorkeursadvies: het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid

	Voorkeursadvies
Gz-psycholoog	524
Psychotherapeut	198
Klinisch psycholoog	226
Klinisch neuropsycholoog	22
Verpleegkundig specialist ggz (driejarige opleiding)*	86

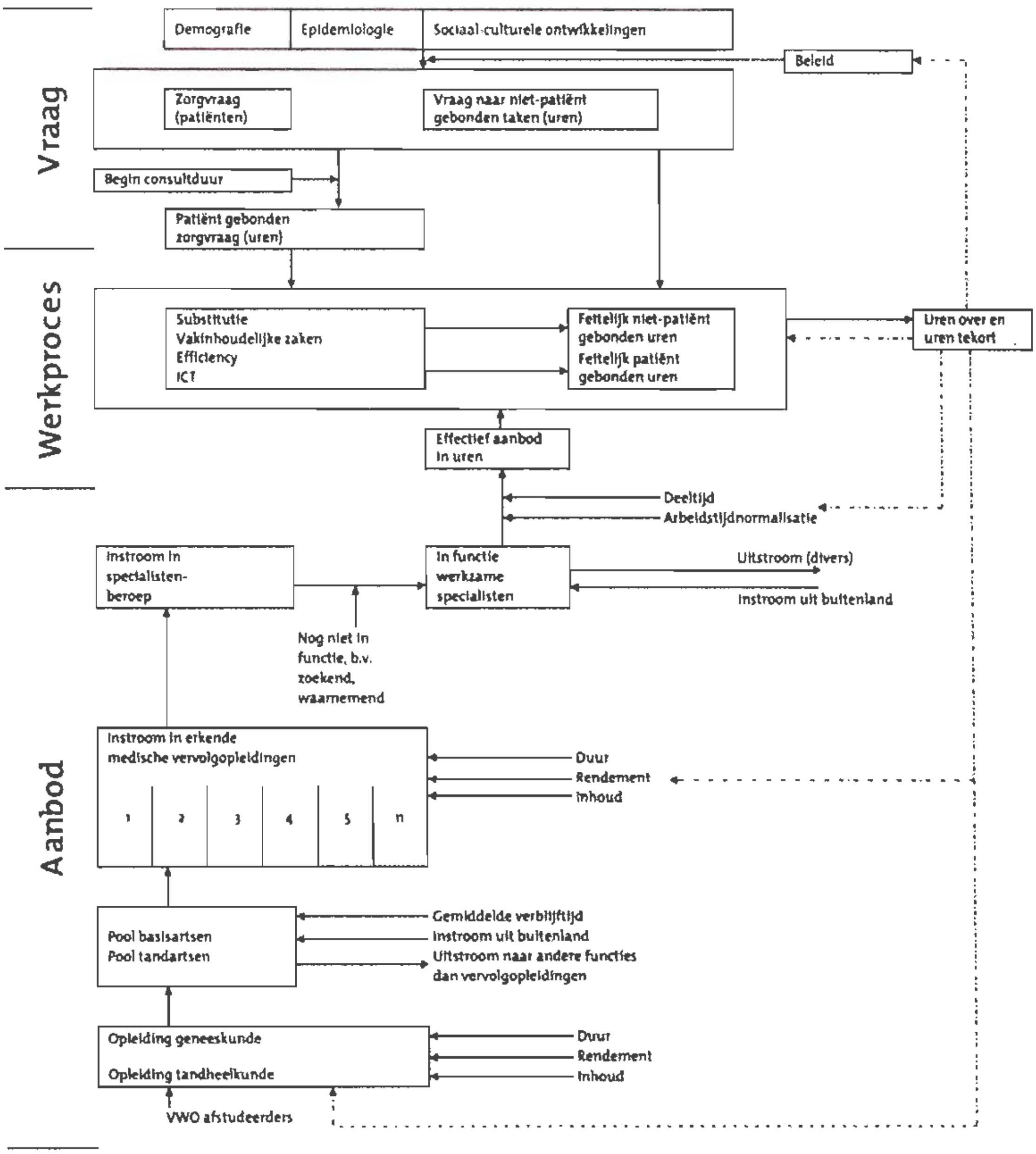
** Het instroomadvies is gecorrigeerd voor de instroom in de tweejarige opleiding (zie §7.1.3).*

In §1.3.2 zijn aandachtspunten geformuleerd voor het volgende ramingstraject.

[165] Capaciteitsplan 2013 deelrapport 2, medisch specialistische beroepen is bij de beroepsgroep psychiater de parameter verticale substitutie bepaald op – 0,4.

Bijlage 1: Ramingsmodel en parameterwaarden

Voor het opstellen van het instroomadvies voor de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid is gebruik gemaakt van het **ramingsmodel** van het Capaciteitsorgaan. Hieronder ziet u een schematische weergave.



De formule van het ramingsmodel luidt als volgt:
Vraag (t) = (vraag (t0) + onvervulde vraag (t0)) x (demografie (t)) x (epidemiologie (t) + sociaal-cultureel (t)) + vakinhoudelijk (t) + efficiency (t) + horizontale taakherschikking (t)) x (ATV (t)) x (verticale taakherschikking (t))

waarbij t = moment in tijd

Het ramingsmodel is gevuld met **parameterwaarden** die zijn vastgesteld door het Plenair Orgaan van het Capaciteitsorgaan en waarmee ingestemd is door de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid (zie bijlage 2). De parameterwaarden zijn gebaseerd op onderzoeken, gegevens van registratieorganen, expertbijeenkomsten, nieuwsbronnen en vakliteratuur en vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen. Een negatieve parameterwaarde betekent dat verwacht wordt dat de parameter de komende jaren een dempend effect zal hebben op het aantal beroepsbeoefenaren. Een positieve parameterwaarde betekent dat de parameter naar verwachting een stuwend effect zal hebben op het aantal beroepsbeoefenaren.

Bijlage 2: Procedure en betrokkenen

Het Plenair Orgaan heeft dit advies van de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid in haar vergadering op 1 juli 2015 besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid was op **1 juli 2015** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren
Mw. E. Abbema
Dhr. D. Bouman
Dhr. D. Nieuwpoort
Mw. C. Salden
Mw. Y. Slee

Organisaties van (praktijk)opleidingsinstellingen
Dhr. R. Bakker
Mw. S. Bruijns
Mw. M. van Dam
Dhr. M. Heck
Dhr. E. van Schijndel
Dhr. J. Smale
Dhr. W. Wierenga

Organisaties van zorgverzekeraars
Dhr. P. Felix
Dhr. R. Laane

De samenstelling van het Plenair Orgaan was op **1 juli 2015** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Mw. C. Littooij
Mw. M. de Rond
Mw. M.M.E. Schneider
Dhr. R. Ph. Smitshuijzen (vz Dagelijks Bestuur)
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen
Dhr. F.C. Breedveld
Dhr. M.M.E. Levi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. S. Poppema
Dhr. P.L.A. Rüpp
Dhr. D. Rusch
Dhr. J. Schaart
Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars
Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Mw. J.G.W. Lensink (lid Dagelijks Bestuur)

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl